ДЫШАТЬ ПО ТОЛКАЧЕВУ ИЛИ ПО СТРЕЛЬНИКОВОЙ?

Число больных с заболеваниями органов дыхания стремительно растет. Причем во всех возрастных группах. Ухудшившаяся в последние годы экологическая обстановка негативно сказывается на возможностях человека адаптироваться к окружающей среде. Наряду с острыми воспалительными реакциями дыхательных путей наблюдается тенденция к все большей хронизации процесса в бронхах и легких. Первое место занимают хронический бронхит, бронхиальная астма и большая группа других аллергических заболеваний органов дыхания. Потому понятен интерес людей к появляющимся время от времени в печати сообщениям о том или ином «новом чудодейственном» методе лечения легочных болезней. Дышать по Бутейко, или по Стрельниковой, или лучше по Толкачеву? Письма с такими вопросами часто приходят в журнал «Здоровье». И редакция решила за «круглым столом» обсудить, как помочь больным облегчить их состояние, комфортнее чувствовать себя, избежать рецидивов болезни.


А. Г. ЧУЧАЛИН


С. Ю. КАГАНОВ


А. Н. КОКОСОВ

А. Г. ЧУЧАЛИН, академик АМН СССР, заведующий кафедрой госпитальной терапии 2-го Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова, вице-президент АМН СССР:

— Рецепта мгновенного исцеления от легочных заболеваний нет. Поэтому мы призываем людей учиться понимать и знать себя, глубже анализировать состояние своего здоровья и ни в коем случае не преувеличивать значения какого-то одного метода. Нужна система профилактики, лечения и реабилитации больного, следование которой в течение длительного времени помогло бы справиться с недугом. Для каждого человека она должна быть индивидуальной, в зависимости от характера его заболевания. Не может всем без исключения помочь ни метод Стрельниковой, ни метод Бутейко. Ведь у одного больного преобладают бронхоспастические реакции, у другого — реакции, связанные с накоплением бронхиального секрета в дыхательных путях. Одному требуется тренировка мускулатуры, обеспечивающая акт вдоха, а второму — акт выдоха и так далее. Так что порекомендовать больному дыхательные упражнения может только врач, который его наблюдает. В порядке самокритики скажу, что мы — врачи, видимо, не всегда умеем убедить пациента заниматься дыхательной гимнастикой, а ведь она основа основ и профилактики, и лечения, и реабилитации заболевшего.

Давайте сначала подробнее поговорим о дыхательной гимнастике. Ведь давно установлено, что вдох не должен быть глубоким и форсированным. Мы рекомендуем задерживать дыхание после вдоха — именно в этот момент происходит интенсивный газообмен. Потом человек выдыхает углекислоту — снова нужна пауза. На людей с невротоподобными состояниями такой контроль за своим дыханием, переход с частого на нормальный ритм или даже на урежённый ритм дыхания сам по себе оказывает мощное психотерапевтическое воздействие, позволяет снять нежелательный синдром гипервентиляции. Это особенно важно для детей, да и для пожилых.

С. Ю. КАГАНОВ, профессор Института педиатрии и детской хирургии Минздрава РСФСР:

— Сейчас хронические болезни помолодели, астма диагностируется даже у детей первого года жизни. 1,5—2% детей в момент приступа астмы умирают, а ведь еще недавно говорили, что астма — болезнь долголетних. Лечебная физкультура и массаж, если их делать систематически, дают хороший эффект. Мы знаем отдаленные результаты лечения детей по общепринятым методикам: к совершеннолетию они избавляются от приступов астмы в 45—50% случаев. Остальные больные продолжают лечение. Но меня очень беспокоит, что некоторые родители, не задумываясь над тем, что могут навредить ребенку, следуют рекомендациям людей, не имеющих медицинского образования, не знающих особенностей детского организма.

А. Н. КОКОСОВ, профессор ВНИИ пульмонологии Минздрава СССР, Ленинград:

— Когда человек здоров, он дышит как дышится. А вот когда заболел... Что лежит в основе астматического бронхита или бронхиальной астмы? Гиперреактивность бронхиального дерева. И мы учим больных сдерживать дыхание, дышать тихо, незаметно, чтобы не вызывать кашель, а затем приступ.

А если взять бронхит, бронхоэктазы и другие нагноительные, воспалительные заболевания, здесь кашель — друг. И дыхательная гимнастика другая: дренажная, направленная на то, чтобы разжижать, откашливать секрет. Ее нужно делать регулярно, 2—3 раза в неделю, не менее 2 часов, на фоне гидратации (регулярного приема жидкости), приема отхаркивающих средств, «пыхтения», то есть искусственного затруднения дыхания на выдохе, что лучше очищает бронхи от секрета.

Для больных эмфиземой, хроническим бронхитом решающее значение имеет образ жизни. Отказ от курения, комплекс дыхательной гимнастики, физической реабилитации, ходьба, бег, закаливающие процедуры, безусловно, положительно скажутся на улучшении состояния здоровья, и прежде всего дыхательной системы. Все это больные могут делать самостоятельно. В нашем реабилитационном центре, который существует в Ленинграде 15 лет, подготовлена и вышла уже двумя изданиями книга для среднего медицинского персонала «Лечебная физкультура в реабилитации больных с заболеваниями легких» (1981, 1984 гг.). Многие наши пациенты успешно ею пользуются.

Е. И. СОРОКИНА, доктор медицинских наук (Всесоюзный научный центр медицинской реабилитации и физиотерапии Минздрава СССР):

— Сейчас очень многие увлекаются дыханием по Стрельниковой. Мы у себя в институте проверяли эффективность этого метода. Преимуществ перед классической дыхательной гимнастикой не обнаружили. Мало того, были зарегистрированы даже случаи обострения бронхиальной астмы. А вот при хроническом бронхите парадоксальную гимнастику Стрельниковой можно использовать более широко. Вообще занятия дыхательной гимнастикой — это нелегкий труд. Он требует от пациента большого терпения и разумного подхода. Ведь у больных функция внешнего дыхания нарушена, и во время тренировок, если они слишком интенсивны, организм будет испытывать дефицит кислорода.

Я прочитала в книге Б. С. Толкачева, что большие физические нагрузки давать больному нужно даже в период острого бронхита или ОРВИ. А мы убеждены, что тренировать резервные возможности дыхания, сердечно-сосудистой системы, иммунитета физиологичнее все же в период ремиссии.

Страдающим легочными заболеваниями мы советуем шире пользоваться климатолечением, причем

в том регионе, где живет больной. Любой климат подходит для тренировки дыхния, снижения гиперреактивности бронхов. Только, на наш взгляд, важно во всем соблюдать постепенность: начинвть с воздушных ванн сначала в комнате, потом на балконе, сначала полу-, потом полностью обнаженным, при темпервтуре до 16—18°. Контрастные ванны лучше начинать с ножных. Перепад температур — 5, 10, 15, 20°. Настоятельно рекомендуем летом ходить босиком по росе. В любую погоду совершать прогулки на воздухе в темпе, не учащающем дыхание. Полезно пребывание нв берегу моря, у водопада, возле запруды на реке, на палубе парохода, катера... Рекомендуем также лечение скипидарными, терпинными, хвойными ваннвми.



Е. И. СОРОКИНА

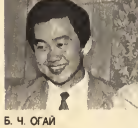
Н. А. ДИТКОВСКИЙ, доктор медицинских наук (Московская городская клиническая больница № 7):

— Я бы хотел добавить к сказанному несколько слов о пользе трав. Это особенно важно для больных, у которых лекарственные препараты вызывают аллергию. Учитывать приходится и сопутствующие заболевания, и характер легочной патологии. В общем, тут тоже важен индивидуальный подход.



Н. А. ДИТКОВСКИЙ

Если у больного ведущие механизмы заболевания аллергические, повышена реактивность бронхиального дерева, то ему может помочь примерно такой набор трав: череда, трехцветная фиалка, шиповник, багульник, мята... Плюс травы, корректирующие состояние желудка и кишечника. Если преобладают воспаление, выделение мокроты, лучше воспользоваться другим набором трвв: мать-и-мачехв, шалфей, эвкалипт, зверобой, фенхель... Пить отвары надо постоянно, год-полтора, уменьшая или увеличивая дозу в зависимости от состояния. В результате удлиняются ремиссии, урежаются обострения, укрепляются защитные силы оргвнизма даже без специальной медикаментозной коррекции иммунитета.



Б. Ч. ОГАЙ

Б. Ч. ОГАЙ, кандидат медицинских наук (поликлиника МСЧ Автозавода имени Лихачева):

— В лечении бронхиальной астмы уже давно врачи применяют иглорефлексотерапию. Она позволяет уменьшить дозы лекарственных препаратов или вообще отказаться от них. Но в восточной медицине веками накапливались традиции и своего рода самолечения: самомассаж рефлекторных зон и точек, дыхательная гимнастика, физические упражнения, регулярное выполнение которых позволяет сохранять достаточно хорошее самочувствие, работоспособность, сопротивляемость болезням. Для начала хорошо бы каждому пациенту проконсультироваться у рефлексотерапевта, освоить с ним основы массажа и дыхания, в потом уже регулярно этим заниматься.



Н. Д. СЕМЕНОВА

Мы учим пациентов активно включвться в процесс дыхания сразу после сна, еще не вствввя с постели. Во время сна в газообмене участвует одна треть резервной мощности дыхательного аппарата, во время бодрствования — две трети, а при нервно-физических нагрузках и в экстремальных условиях — полностью. Вот и надо подготовить свои легкие и бронхи к вктивной работе. Причем мужчинам мы советуем освоить и женский тип дыхания — грудной, а женщинам — брюшной, дивфрагмальный. И говорим: делайте вдох на 3 счета, пауза на 2 счета, выдох — на 4 и снова пауза нв 2. Подышите, лежа на спине, на боку, потом сидя. А там и вставайте, начинвйте утреннюю зарядку.

Н. Д. СЕМЕНОВА, медицинский психолог (факультет психологии МГУ):

— Больной человек — это целый мир. Выходя из клиники, где его лечили, он возвращается в свою обычную жизнь с ее жесткими требованиями, нагрузками. Здоровым он себя не считает, долго оставаясь в позиции «я болен», замыкается в себе, «баюкает» свою ослабленность. А больной должен уяснить, что черты его характера, его настроенность тоже влияют на ход болезни, на восстановление сил. И помогут ему это осознвть психотерапевт, специалисты центров реабилитвции, где пвциент сможет освоить и приемы вутотренинга. И чем активнее он будет занимвться этим, тем скорее наступит реабилитация.



Н. К. БЫКОВА

Н. К. БЫКОВА, ассистент кафедры физвоспитания Московского автомехвнического института, руководитель группы физической реабилитации:

— Три года я работаю по методу Толкачева с группой больных (от 17 до 60 лет), страдвющих бронхиальной астмой средней и тяжелой степени.

Прежде всего врвчи и методисты обучили их самомассажу лицв и грудной клетки. В момент удушья или обострения несложные приемы аутомассажа носа, грудной клетки оказались очень эффективными. Отдаленные результаты трехлетнего наблюдения за группой так называемых неперспективных больных, активно занимающихся самомассажем, не могут не радовать.

Кроме того, наши больные выполняют комплекс дыхательных упражнений, стимулирующих диафрагмальное дыхание и другие физические упражнения, включая ходьбу и бег.

А. Г. ЧУЧАЛИН:

— Извините, я перебью. Я бывал на занятиях у Нвтальи Константиновны и окончательно убедился: каждый метод выживает на энтузиастах. Представьте себе наших пациентов: они сипят, кашляют, сбиваются с бега, но стараются. Нвталья Константиновнв учитывает возможности каждого, кого-то подбадривает, кого-то останавливает... Вы знаете, на меня это произвело впечатление, может, даже большее, чем участие наших спортсменов на Олимпийских играх. Там это тренированные втлеты, а здесь вот твкие люди. И они так работают над собой только в присутствии заинтересованного лица, они идут за энтузиастом. Сами они были бы неспособны на подобные подвиги. Тогда мне впервые пришла мысль: чтобы такая реабилитация проводилась повсюду, должны быть организоввны своеобразные клубы для больных, такие, например, как «Астма-клуб» в Англии.

Н. К. БЫКОВА:

— В комплексе реабилитационных мер применяем и закаливание холодной водой: либо контрастный душ, либо контрастное обливание. Больные тратят на все 2 часа в день: на массаж, гимнвстику, ходьбу, закаливающие процедуры. Это свмостоятельно. На стадионе встречвемся 2 раза в неделю, где нагрузки у каждого индивидуальные. На бвзе 57-й клинической больницы проводим этапные обследования функции внешнего дыхания, состояния сердечно-сосудистой системы, тесты с физической нагрузкой.

Собственно, эти 3 года мы не очень-то увеличивали нагрузки, у всех была оптимальная поддерживающая тренировка, которая позволяет моим подопечным с минимумом лекарств чувствоввть себя обыкновенными и если не совсем здоровыми, то почти здоровыми людьми. Мы не вылечиваем больного, но за 3 года сокращаем прием лекврств на 80% — я считаю, это очень хорошо. У меня были больные, которые пользовались ингалятором по 17 раз в день, сейчас 1—2 раза.

Думаю, надо быстрее создавать в стране центры реабилитвции легочных больных, где бы совместно работали пациент, врач и методист.

А. Г. ЧУЧАЛИН:

— По холодовым нагрузкам дискуссия, я считаю, еще не закончена. Это требует основательного изучения, научного обоснования, эксперимент пока отрабатывается, и мы не можем сегодня рекомендовать холод так широко, как дыхательную гимнастику, самомассаж и другие элементы метода Толкачева. Самое ценное в этом методе — система. Его авторы не только сформулировали полезные рекомендации, но и учат больных, как преодолеть безразличие и неверие в силу физической активности. Гуманизм нашей профессии и должен проявляться в системах, которые мы предлагаем больному.

Б. С. ТОЛКАЧЕВ, доцент кафедры физвоспитания Московского автомеханического института:

— Здесь говорили, что нельзя нагружать больного в остром периоде. Но у нас за 12 лет применения метода накоплена огромная статистика, убеждающая в обратном. Нас поддерживаете и вы, Александр Григорьевич, и другие ученые.

Комплексный подход к реабилитации больного — самомассаж, активная лечебная физкультура, холод — дает, по нашим наблюдениям, хорошие результаты и в остром периоде болезни, и при появлении предвестников заболевания, и при хронических процессах. А коль скоро метод хорошо работает в самых разных ситуациях, его нужно популяризировать. Я готов рассказать о нем подробно на страницах «Здоровья». К сожалению, моя книга «Физкультурный заслон ОРЗ», защищенная предисловием даже медицинских лидеров, не нашла, на мой взгляд, должного понимания и интереса у практических врачей на местах. По-прежнему они считают, что я, не медик, берусь не за свое дело. А на стадион «Трудовые резервы» в Москве, где мы с Ниной Константиновной работаем с группой, идут и идут больные люди, они ждут нашей помощи.

А. Г. ЧУЧАЛИН:

— Борис Сергеевич прав, мои коллеги еще часто с трудом воспринимают новые непривычные идеи, тем более, если они исходят не от медиков. Но в том и должно состоять наше искусство, чтобы шелуху и непрофессионализм отмести, а взять на вооружение рациональное зерно. Оно в методике Толкачева есть.

В. Е. НОНИКОВ, кандидат медицинских наук (4-е Главное управление при Минздраве СССР):

— Заболевший человек по неопытности делает много ошибок. Первая ошибка: ограничивает физическую активность. Вторая ошибка: переходит почти к «субтропическому» тепловому режиму, а нужен свежий воздух. Я спрашиваю больного: когда вы ложитесь спать, нет ли такого положения, при котором появляется кашель и отделяется мокрота? Да, есть. И что вы делаете? 9 из 10, вместо того чтобы сказать: стараюсь остаться в этом положении и как следует откашляться, отвечают: переворачиваюсь на другой бок, чтобы кашель не беспокоил. Вот и третья ошибка: больные не имеют элементарного представления ни об анатомии и физиологии больного органа, ни о том, как протекает болезнь и как надо с ней бороться.

Все усилия больных, направленные на тренировку дыхательных мышц, можно только приветствовать. Чтобы они осознанно подходили к занятиям, разъясняю каждому: редкое дыхание эффективно, а частое — вентилирует преимущественно мертвое пространство легких.

При обструктивных заболеваниях легких особенно эффективна гимнастика с сопротивлением на выдохе. Мы у себя в отделении придумали нехитрое устройство, им можно пользоваться и дома: трубочку из любого материала погрузить в воду, налитую в сосуд высотой 10—15 сантимеров, и через нее выдыхать. Во время выдоха воздух идет через воду с сопротивлением не только по прямому направлению вдоль бронха, но и по направлению на стенку бронха. При этом мокрота как бы выдувается, быстрее отделяется от слизистой оболочки, легче откашливается.

Позиционная гимнастика эффективна в сочетании с массажем грудной клетки. Стоит один раз потратить час-два на поиск дренирующего положения, чтобы найти его и потом за 5 минут ежевечерне и ежеутренне откашливать мокроту. Заключая, скажу, что больной с помощью врача может выработать необходимый ритуал жизни, помогающий лучше себя чувствовать. В самых общих чертах, например, такой: не снижая физической активности, не кутаясь, соблюдать определенный режим дня. Скажем, утром проснулся — выпил стакан горячей воды, принял назначенный врачом бронхолитик, сделал позиционный дренаж, откашлялся, 30—40 минут посвятил гимнастике, водным процедурам.

В течение дня нужно несколько раз повторять свои дыхательные упражнения. А перед сном — снова сделать позиционный дренаж.

С. А. ШАПОВАЛОВ, автор научно-популярной книги «Записки учителя физкультуры»:

— В лечебной физкультуре определяющее место ныне занимает методика, ориентированная на объем физиологических нагрузок. Такая методика может быть эффективна и безвредна только при строгом контроле врача и методиста, то есть в условиях либо стационара, либо поликлиники. В тех случаях, когда люди занимаются самостоятельно, критерием может быть только самочувствие человека. Почувствовал, допустим, больной бронхиальной астмой, что после десяти минут бега трусцой он перестал задыхаться — упражнение необходимо прекратить. Передозировка для нездорового человека опасна. Именно ориентация в свое время на «объемную методику» привела к тому, что бег вызывал тяжелые последствия.

А. Г. ЧУЧАЛИН:

— Итак, мы обсудили много проблем. Встреча была полезной и для читателей журнала «Здоровье», и для нас, врачей... Мы еще раз убедились, что говорить с больным о простых вещах тоже надо учиться.

Мне приятно проинформировать вас, что отечественная промышленность начала серийный выпуск комплекта устройств для регуляции дыхания и аэрозольтерапии. Аппарат позволяет направленно увеличивать сопротивление как на вдохе, так и на выдохе, менять режим, чтобы «научить» больного правильно дышать. Достоинств у искусственного регулятора дыхания много, и главное в том, что его можно применять и для лекарственной, и для немедикаментозной терапии. В первую очередь устройствами будут оснащены центры реабилитации.

Беседу за «круглым столом» записала Н. МОРОВА.



Б. С. ТОЛКАЧЕВ



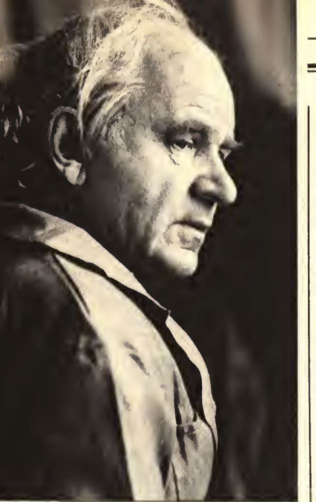
В. Е. НОНИКОВ



С. А. ШАПОВАЛОВ



Е. Ю. МОНАКОВА, сотрудница отдела медицинской техники Научно-исследовательского и конструкторского института монтажной технологии, демонстрирует комплект устройства для регуляции дыхания и аэрозольтерапии.



ВОСПИТАНИЕ КРАСОТОЙ

Народный художник РСФСР, лауреат Государственной премии СССР, член-корреспондент АПН СССР Б. М. НЕМЕНСКИЙ известен в нашей стране и как страстный поборник эстетического воспитания подрастающего поколения. Наш корреспондент Н. МЕНЬШИКОВА обратилась к художнику с просьбой поделиться мыслями о том, что могут и должны сделать семья, школа и общество для формирования у детей духовной культуры.

Борис Михайлович, с огромным интересом прочитала вашу книгу «Мудрость красоты». Издательство «Просвещение» выпустило ее вторым изданием тиражом 100 тысяч экземпляров, она разошлась мгновенно. В подзаголовке значится «Книга для учителя», но как нужен такой тонкий, эрудированный, эмоциональный советчик и каждому родителю! Понимаю, что никаких журнальных страниц не хватит пересказать содержание вашей книги, но давайте попробуем сформулировать ту концепцию системы художественного воспитания, за которую вы ратуете уже лет 20...

— В самых широких кругах на искусство приучились смотреть как на развлечение, как на заполнение свободного времени. И именно в зтой функции оно оказалось в одном ряду с футболом или хоккеем: зто все, мол, зрелища. Такое смещение тревожно не столько для искусства, сколько для ориентации человека в жизненных ценностях! И особенно опасно, когда зти смещения начинаются со школьных и даже дошкольных лет. Если не развита, не сформирована у человека способность сопереживать, со-чувствовать — а зти свойства искусство воспитывает самой своей сутью,— то здесь уже открыты ворота для жестокости, духовной инертности. А зто совсем не безобидно, потому что духовная инертность не пассивна. Скудость интересов, нравственная неразвитость жаждут самовыражения, пожалуй, не меньше, чем яркость и широта увлечений, богатство души. Неспособность сопереживать влечет за собой извращение чувств. нравственную глухоту к радостям и горестям окружающих, неприятие высоких идеалов.

Наша программа эстетического, художественного воспитания, в разработке которой принимали участие не только художники-педагоги, но и психологи, социологи, учителя-новаторы, ставит задачей приобщение всех без исключения школьников к искусству. Его мы понимаем не как цель, а как средство формирования духовной культуры. Формирования доброго, человеческого отношения к природе, обществу, к другой, например, нации, к старику, матери, женщине, ребенку. Это культура чувств, понимаете? На зтом и построена программа. Почему она так увлекает учителей и детей? Да потому, что зто программа отношения к миру, если хотите, программа духовного здоровья.

Никакая наука не в состоянии сформировать культуру чувств, она может описать, объяснить явления. В научном познании лишь философия может передать отношение к миру. Но философия детям непосильна, а искусство доступно даже дошкольникам. И не просто как красота, а как многовековой опыт духовной культуры. Для передачи зтого опыта и возникли в человеческом обществе все искусства.

— Что же уже сейчас делает общеобразовательная школа для приобщения ребенка к художественной культуре?

— Эксперимент обучения по новой программе эстетического воспитания идет в двух-трех школах каждой области, а где и в большинстве школ, а также во многих автономных и союзных республиках. Хотелось бы, чтобы она быстрее была утверждена как типовая. Центральный институт усовершенствования учителей проводит обучение педагогов изобразительного искусства, а они уже как методисты готовят специалистов на местах.

У нас не так уж мало последователей. Трудно перечислить всех учителей, которые добились серьезных результатов в претворении в жизнь идей художественного воспитания. Среди знтузиастов назову учителей Н. А. Горяеву из Зеленограда, А. А. Чучева из Казани, Э. Г. Григорович из Ростова-на-Дону, К. В. Дитмар иэ Вильнюса, Б. В. Пионтик из Ташкента.

— Учитель изобразительного искусства — это тот, кто раньше назывался учителем рисования?

— Тут разница не просто в названии, а в сути. Рисование — зто только один из способов приобщения к искусству. Существует и живопись, и скульптура, и конструирование. Рисунок — лишь один элемент языка художника... Хорошо подготовленный учитель в каждой школе — вот фигура, с помощью которой мы рассчитываем изменить ситуацию в эстетическом воспитании.

— А какую роль вы отводите семье?

— Полноправного партнера и союзника. Хотя, к сожалению, сегодняшняя семья в большинстве своем не готова дать ребенку системное понимание искусства. Это не вина молодых мам и пап, а беда: они в свои школьные годы многого не получили. Да, сейчас жизнь стремительна и напряженна, всем катастрофически не хватает времени, но я все же призываю родителей выбирать часок-другой на посещение с детьми музеев и выставок. Ваш змоциональный отклик на то, что пытается своими руками вылепить или нарисовать малыш, совместное с ним любование красками заката или цветущей лесной поляной оставят в душе ребенка добрый след. А пристальное, сосредоточенное рассматривание картин в музее поможет постепенно постигнуть истину, что искусство — зто труд души.

У нас есть много примеров целенаправленной воспитательной работы музейных специалистов с детьми. И не только таких

прославленных хранилищ, как Эрмитаж, Русский музей или Музей изобразительных искусств имени Пушкина. Благородное дело бескорыстно, подвижнически творят коллективы маленького литературного музея Константина Паустовского под Тарусой, картинной галереи в Казани, сельского музея художника Василия Поленова в Тульской области. Прекрасной школой формирования и художественного, и словесного образного видения мира стал для малышей Музей-квартира Васнецова в Москве, где они слушают сказки и рассматривают полотна великого живописца-сказочника.

Личность человека формируется и в развлечениях. Важно, что ему доставляет радость. Сейчас все шире распространяются видеоклипы со сценами жестокости, насилия, секса. В этом тоже своя, пусть и негативная, эстетика: безобразное рекламируется как красота. И это, я считаю, извращение вкуса, вкус, чуждый идеалам добра. А создатели таких лент наверняка не приемлют мой вкус. Впрочем, искусство — это из века в век борьба духовных культур. И родители должны отдавать себе отчет, какую духовную культуру они несут детям, что смотрят сами, чем восхищаются.

— Как жаль, что в нынешних семьях все реже устраиваются громкие читки, домашние спектакли, музицирование. С приходом в дом телевизора человек все больше становится пассивным потребителем искусства...

— Да, пассивным потребителем, а не активным участником. Как в футболе, болельщик сидит, а футболисты бегают по полю. А ведь семейные чтения, совместные игры, постановка сценок, сочинение «своих» сказок, а где возможно и музицирование наиболее активно приобщают малыша к пониманию и восприятию литературы и искусства, пробуждают творческое начало, формируют личность. Посеянные зерна прорастут добром, поэтому не жалейте на общение с детьми сил и времени.

— У некоторых людей раз и навсегда сложился стереотип, что настоящая живопись только у «настоящих классиков»...

— Это не совсем так. Советское искусство дало немало примеров прекрасного, высокого искусства. Мне, например, огромное эстетическое удовлетворение приносит общение с полотнами Юрия Пименова, Павла Корина...

Вообще в картинных галереях, музеях страны огромный запас произведений, на которых можно воспитывать истинное понимание красоты, если бы хоть малую толику его освоить в школьные годы. Потому мы и бьемся за то, чтобы в общеобразовательной школе для всех без исключения детей открыть путь для постижения красоты и гармонии. А наиболее одаренным предоставить возможность заниматься в студиях, профессиональных училищах. Короче говоря, всем дать минимум, а желающим — максимум. Это долгий, но единственный путь для духовного роста и воспитания вкуса.

Искусство всегда в поисках, меняются направления, формы. И совсем необязательно, я считаю, все понимать. Если мне непонятно, неблизко то или иное произведение, совсем не значит, что оно плохое.

— Сейчас многие художники, в том числе и самодеятельные, вышли со своими картинами и поделками в прямом смысле слова на улицы. В Москве, например, у Измайловского парка тысячные толпы покупателей. Причем предлагается и покупается порой откровенная халтура.

— Никакой пошлости нельзя поставить административный заслон. Приказом вкус не изменить. Можно только воспитанием. Мы и пытаемся это сделать.

— И когда же, Борис Михайлович, вы ждете отдачу от своих усилий?

— Вы хотите сразу?

— Хотелось бы побыстрее...

— Думаю, что только тогда, когда нынешние первоклашки сами станут родителями и учителями. И если они, как эстафету сегодняшнего дня, передадут своим детям любовь к изобразительному искусству, музыке, литературе, кино и театру (ведь эстетическое воспитание неразрывно), понимание их, тогда за наши духовные ценности можно быть спокойным. Пока, к сожалению, не все к этим ценностям относятся должным образом. Ну что ж, положительные тенденции накапливаются долго. А потерять, разрушить можно за одно поколение.

— Борис Михайлович, в вашей книге высказана замечательная мысль о том, что искусство в воспитании — лишь плуг, лишь культиватор. Но без плуга пашню и поднять невозможно. Сейчас в нашем обществе появилась возможность глубокого сева на этой пашне — с надеждой на добрые всходы.

— Да, перестройка в обществе принесла, на мой взгляд, самое необходимое для возрождения истинных идеалов социализма: мы начинаем осознавать себя как личности. И начинаем понимать, что многого не понимаем. Следующее, что нам необходимо,— сделать шаги к пониманию силы искусства в формировании нравственного, духовного здоровья общества. Это нельзя выучить, сдать, как математику или географию. Путь самосовершенствования трудный и долгий. Но если постепенно, постоянно, шаг за шагом входить в искусство, вдумчиво читать, смотреть, слушать, красота и гармония живого цветка, натюрморта на полотне, поэтической строки или мелодии флейты сделают добрее и мудрее каждого.

Фото С. ГУРАРИЯ



ОСТРАЯ ПРОБЛЕМА

ПОЧЕМУ КОЛБАСА НЕВКУСНАЯ

— Скажите, это микояновская? — спрашивали лет тридцать назад, вдыхая неповторимый аромат языковой, а может, любительской или чайной, покупатели тех лет.

А что сегодня? Сегодня мы не можем отличить ни по запаху, ни по вкусу, ни по цвету сорта вареных колбас того же колбасного завода № 1 (его-то и называли микояновским) Московского мясокомбината да и остальных тем паче.

Почему колбасы стали такими невкусными? Мучимая этим вопросом, я дегустировала сорта, выпускаемые различными московскими заводами. Они отвечают всем ГОСТам, ОСТам, стандартам, но только, увы, не нашим вкусам.

Невкусно, это полбеды. А вот вполне ли безопасно для здоровья есть вареную колбасу? При одном упоминании о казеинате натрия (не правда ли, ассоциируется с казеиновым клеем), нитритах становится не по себе.

Что же такое казеинат натрия, нитриты и как они оказались в колбасе?

Из чего готовится колбаса?

Стоимостью 2 рубля 90 копеек — из высших сортов мяса, а 2 рубля 20 копеек и ниже — из первого и второго. На колбасы высшего сорта существует традиционная рецептура, еще с довоенных времен. Рецептура колбас первого и второго сортов претерпела изменения. В частности, в них допускаются добавки. Тот самый казеинат натрия, попросту молочный белок. Он абсолютно безвреден для организма; кстати, по пищевой ценности белки молока и мяса одинаковы. И во всем мире в вареные колбасы добавляют либо соевые, либо молочные белки.

Раньше не добавляли, скажет читатель. Верно, но раньше и мясо было не такое жирное. По технологии приготовления колбас соотношение белка и жира в них в среднем должно быть равно 1:2. А теперь представьте кусок говядины: в нем мяса 15%, остальное жир. Арифметика предельно проста: чтобы колбаса не получилась жирной, берут 15% мяса и 30% жира, а остальной жир куда? Выбросить? Или изменить рецептуры колбас и готовить их с повышенным содержанием жира? Если мы станем есть такие колбасы, то содержание холестерина в крови у нас будет расти. Именно высокая жирность мяса порождает безвыходную ситуацию и заставляет использовать молочные белки. До тех пор, пока Госагропром СССР — поставщик сырья — не улучшит свою продукцию, промышленность вынуждена будет добавлять казеинат натрия в вареные колбасы.

Диву даешься, как мы неповоротливы! И как быстро на покупательский спрос реагируют фермеры США. Едва американские средства массовой инфомации раскритиковали продукты с повышенным содержанием жира, как тут же пошла цепная реакция: население их не стало покупать, промышленность не стала закупать у фермеров сырье, и в результате они были вынуждены разводить скот мясных пород.

Теперь о нитритах. Да, их применяют в колбасном производстве: 7 граммов на 100 килограммов фарша. И всегда применяли. Нитриты придают колбасе розовый цвет, без них она серая, как вареное мясо, и не имеет товарного вида. К тому же присутствие нитритов в колбасе необходимо еще и по другой причине: они предотвращают развитие микроорганизмов, выделяющих токсичные яды.

Почему изменилось сырье?

Всего несколько лет назад мы считали огромные животноводческие комплексы нашей гордостью. Ох уж это стремление к гигантомании! Животные, выращенные в таких комплексах, ограничены пространствами стойла, с рождения неподвижны, не видят свежего воздуха, боятся любого звука и шарахаются при виде человека. Как и мы с вами, они тоже подвержены стрессам. И пока везут их на убой, в транспорте, не приспособленном для перевозки скота, они столько страха в пути натерпятся, бедные, что говорить о высоком качестве сырья для колбасных изделий не приходится. О таком сырье специалисты говорят: экссудативное. Оно неплотной консистенции, рыхлое, дряблое, бледное и водянистое. И непомерно жирное.

«За семью печатями», или Тайны колбасного производства

Театр начинается с вешалки, а колбасное производство с железной дороги. Ежедневно на Московский мясокомбинат прибывает 20 вагонов с сырьем. Туши, полутуши и мороженые блоки.

Странны правила договорных поставок. Если покупатель, то бишь завод, получил от поставщика плохое сырье, он не имеет права от него отказаться. Да, он вызывает поставщика, через ар-



РИСУНОК Г. ОГОРОДНИКОВА

битраж они выясняют отношения, поставщик платит штраф. А некачественное сырье? Завод обязан переработать его на колбасу или другие изделия...

Вот что рассказала мне начальник единой Московской госинспекции по качеству сельскохозяйственной продукции и продуктов ее переработки Л. И. Гордиенко: «В III квартале прошлого года мы проверили 392,6 тонны сырья, забраковали 306. Постоянно поставляют плохое сырье с наличием признаков порчи, с позеленевшей поверхностью, с пожелтевшей жировой тканью, с пересортицей Воронежский, Пензенский, Белгородский, Краснодарский, Курский агропромышленные комплексы».

Войдем в сырьевой цех колбасного завода № 1 Московского мясокомбината. Искусно разделывают туши обвальщики мяса. Остальное сырье — 30—35% — поступает в мороженых блоках.

Видела я эти блоки, видела и сложную импортную машину, которая вмиг их заглатывает и выдает измельченное мясо. А теперь по совести. Добавляют ли на заводе в фарш бумагу, целлофан, шкуры животных, кости? Я не видела, хотя старалась заглянуть почти в каждый чан.

Откуда тогда бумага и целлофан? Они действительно, чего греха таить, частенько попадаются в вареной колбасе.

Что такое мясной блок, думаю, мало кто знает. Для эксперимента возьмите из морозилки холодильника кусок мороженого мяса, к которому намертво пристали бумага или целлофан. И попробуйте отодрать. Сколько времени вы подержите в руках ледяной кусок? Скорее всего, бросите, пусть оттаивает. А у рабочего на это нет времени, технологией не предусмотрено, да и блок весит не один килограмм, а 15—30. Вот и ворочают они эти мороженые глыбы.

Жизнь заставила морозить мясо блоками. Но неужели специалистам так уж трудно «изобрести» другую упаковку? А пока очень часто бумажную этикетку с указанием сорта приклеивают на мясо, она вмораживается в него накрепко, блок заворачивают в целлофан, который заползает в мясные щели — не отодрать. Почему поставщики не могут упаковать блок в чистую стандартную тару, в ней и отправлять на завод? Мне могут возразить: а где ее взять? Да, это проблема. Но ее надо решать, и безотлагательно. А до тех пор, пока мясные блоки поступают на завод в таком виде, никто из нас не застрахован от пережевывания колбасы вместе с бумагой, целлофаном и другими, отнюдь не улучшающими ее вкус и качество «добавками».

Метаморфозы технологии

— А если бы сырье соответствовало всем ГОСТам, колбаса была бы вкусная, как раньше? — спросит наивный потребитель и ошибется.

В идеале для производства колбасы нужно парное мясо. Именно так готовилась она лет тридцать назад.

А сейчас почти все заводы работают на мороженом мясе, но это не нарушение технологии. Просто Его Величество План заставляет изменить ГОСТ. Вот первая причина ухудшения вкуса колбас. Для наглядности проследим, как готовится любительская (2 рубля 90 копеек). Ее рецептура не менялась с довоенных времен, а технология? Первое отклонение мы заметили.

Второе. Мороженые блоки — это кот в мешке. Бывает, что приходят они высшим сортом, а при проверке высший оказывается первым, первый — вторым. Но ведь все сырье, поступающее на завод, не проверишь, и возникает пересортица. И в любимую нами любительскую запросто может попасть мясо не высшего, а первого сорта. И изменить вкус.

Посол мяса сейчас производится так: в фарш добавляют солевой раствор и выдерживают 6—12 часов. Время тоже заложено в ГОСТе. Где-то оно выдерживается, а где-то сокращается, это уж на совести предприятия. Раньше традиционно солили в кусках и выдерживали 5—7 суток. Сейчас так солить не позволяют ни мощности завода, ни план. Вот еще одна причина изменения вкуса колбасы.

И наконец, термическая обработка. Температура в центре батона раньше доводилась до 68°, а сейчас — до 72°. Повышая температуру и время термической обработки колбас, мы, с одной стороны, предотвращаем возможные отравления, а с другой — теряем вкус, аромат, запах.

...Из протокола проверки колбасного завода № 1 Московского мясокомбината единой Московской госинспекцией по качеству сельскохозяйственной продукции и продуктов ее переработки за III квартал 1988 года: «...Не наведен должный порядок в отделении для расфасовки специй и добавок. Коробки со специями и мешки с добавками расположены по всему помещению бессистемно, навалом. Часть пакетов с готовыми размешанными специями сложены в кучи прямо на коробки и мешки. Пакеты не промаркированы, ввиду чего никто из присутствующих не мог назвать, на какой вид колбасы они приготовлены.

На заводе нарушаются требования технологической инструкции по выработке вареных колбасных изделий. Так, аскорбиновая кислота закладывается в фарш в сухом виде вместо 5% раствора и по-прежнему объемным методом (эмалированной кружкой). Яичный порошок также закладывается объемным методом (кружкой). Кроме того, на момент проверки мешки с яичным порошком стояли на мокром полу. Соль для посола предварительно не взвешивается, добавляется в сырье ведром. Раствор нитрита натрия на момент проверки находился в емкости без замка». Комментарии, как говорится, излишни.

А уж если заботиться о безвредности колбасы, то прежде всего надо беспокоиться о санитарном состоянии завода. Оно ужасающе. Везде лужи, грязь, потолочные перекрытия в протеках. За 55 лет существования завод ни разу не останавливался на капитальный ремонт. Все требуют план, план, план. А о том, что в план нужно обязательно включать рабочую смену для мойки оборудования, ни Госплан СССР, ни Минторг СССР не подумали. Главное — тонны колбас, выпускаемые ежедневно, и упаси бог хотя бы на месяц остановить завод на ремонт...

Чтобы не увеличивать температуру и время варки колбас, оборудование надо мыть очень тщательно, и не тетя Маша должна это делать, как сегодня, а квалифицированная бригада мойщиков, оснащенная специальным оборудованием и моющими средствами. А пока нет ни бригад, ни оборудования, ни соответствующих моющих средств, одна спасительная хлорка на все случаи жизни.

«Вот приедет барин, барин нас рассудит...»

«Вот введем с нового года госприемку на заводах, тогда приходите»,— говорили мне во многих ведомствах, ответственных за выпуск колбас. И вспомнились некрасовские строки.

На двух заводах объединения «Мосмясопром» я пробовала колбасы, одобренные госприемкой. Невкусные они: и пересоленные, и аромата нет. Меня уверяли, что вкус-де — понятие субъективное, а колбасы соответствуют ГОСТам. А может быть, ГОСТы менять надо, как в свое время, припираемый обстоятельствами, Госстандарт СССР изменил их, разрешив пускать в колбасное производство мороженое мясо, сокращать время посола, увеличивать время варки...

Удивительное дело, все мы знаем, что колбаса стала просто никуда не годной. Так давайте вникать в суть проблемы, искать истоки плохого вкуса продукта и находить оптимальные, а самое главное — верные выходы из тупика. Мы же сразу бросаемся решать организационные вопросы. Ага, стала колбаса невкусная? А мы введем госприемку, госприемка нам вкус и изменит. Каким образом, спрашивается? Если ничто не меняется — ни рецептура, ни технология, ни сырье...

Раз мы все так любим колбасу и хотим, чтобы ее было много, а замедлить технологические процессы не позволяет наша быстротечная жизнь, может, следует Всесоюзному научно-исследовательскому и конструкторскому институту мясной промышленности подготовить и внедрить другую рецептуру колбас. И сделать все-таки колбасу, пусть и с добавками, но вкусной. Ведь технология и рецептура в колбасном производстве — одно целое! Вряд ли оно вернется в ближайшее время к прежним технологическим процессам, а о парном мясе для колбасы тоже, наверное, надо забыть, и о том, чтобы его мариновали 5—7 суток. Да и сырье в один миг не станет лучше.

А что сейчас? Проверяет госприемка качество: крахмала, влаги, соли, нитрита — все по нормам, а вкусовые ощущения нас не устраивают.

«Я думаю, что при нынешней организации производства и торговли колбасой госприемка не решит проблемы,— считает начальник отдела Московской госинспекции по качеству сельхозпродукции и продуктов ее переработки С. П. Зарубина.— Да и в организации госприемки не все ладно. Цепочка проверки должна начинаться с контроля сырья и заканчиваться анализом качества не той колбасы, которую только что выпустил завод, а той, что поступает на прилавок магазина, к потребителю».

«Пусть всегда будет зима»,— недаром шутят производители колбас. И верно, у нас не только в Москве — повсюду катастрофически не хватает транспорта с холодильным оборудованием для доставки колбасы с завода в магазин. Зимой мороз помогает, а летом температура в кузове машины достигает в жаркую погоду 25—40°. А допустимые сроки хранения колбасы при температуре не выше 5—8° не дольше 72 часов — для высших сортов, не дольше 48 часов — для первых и вторых сортов.

Пока колбасу развезут в раскаленном кузове по магазинам, где зачастую не соблюдаются условия хранения, пройдет часа три, а то и все шесть, и колбасу можно смело выбрасывать, если не хотите отравиться. А продают ведь...

На этом метаморфозы колбасного производства не кончаются. В Государственной инспекции по качеству продукции, стандартизации и метрологии Госагропрома СССР мне намекнули, что колбаса, одобренная госприемкой, должна стать качественней, а значит, и... дороже.

Понятно. За качество надо платить. Непонятно другое: почему из кармана потребителя?

В. ШКОЛЬНИКОВА

Ю. С. ВАСИЛЕНКО,
профессор



ФАРИНГИТ И ЛАРИНГИТ

С наступлением холодов обычно резко увеличивается заболеваемость ОРВИ, гриппом, а одновременно и фарингитом, ларингитом. Это неудивительно: ведь все эти заболевания, называемые в просторечье простудными, вызывает одна группа вирусов. К ОРВИ, фарингиту и ларингиту предрасполагают переохлаждение, резкие перепады температуры атмосферного воздуха.

При ОСТРОМ ФАРИНГИТЕ воспаляется слизистая оболочка задней стенки глотки. Его первые симптомы — ощущения першения, сухости, царапания в глотке. Иногда появляется и боль, особенно во время глотательных движений. Может повыситься температура тела, что связано с вовлечением в воспалительный процесс лимфаденоидной ткани, расположенной в слизистой оболочке задней стенки глотки и ее боковых отделах.

Если температура не повышена и общее самочувствие неплохое, можно попробовать обойтись домашними средствами.

Прежде чем о них рассказать, напомню: не ешьте холодную пищу, исключите из рациона острые приправы и специи (горчицу, уксус, перец, хрен). Если вы курите, постарайтесь бросить курить или хотя бы сократите число выкуриваемых сигарет.

Уменьшить неприятные ощущения в горле помогают полоскания йодно-содовым раствором (половина чайной ложки пищевой соды и 2—3 капли 5% спиртовой настойки йода на полстакана теплой воды). Полоскать горло йодно-содовым раствором надо 3—4 раза в день. Для полосканий можно использовать также теплый отвар из листьев эвкалипта (1 столовая ложка на стакан воды), настойку эвкалипта (10—15 капель на стакан теплой воды).

Хорошо разжижает и удаляет слизь раствор бикармина (1 таблетка на полстакана теплой воды). Этим раствором тоже полощут горло. Положительный терапевтический эффект дают ингаляции с отварами различных лекарственных растений: ромашки, шалфея, липового цвета. Горячий отвар налейте в чайник и дышите через бумажную воронку в течение 5—7 минут. Вдох делайте ртом, а выдох через нос.

ВОЗЬМИТЕ ЗА ПРАВИЛО: НА УЛИЦЕ, ОСОБЕННО В МОРОЗ, ДЫШАТЬ ТОЛЬКО НОСОМ.

При ощущении сухости в горле рекомендуется смазывать заднюю стенку глотки растительным маслом: оливковым, персиковым, абрикосовым, маслом шиповника. Для этого дватри раза в день закапывайте масло в нос (половину пипетки в каждую ноздрю), после этого сразу же лягте на спину, чтобы масло прошло через полость носа и, достигнув задней стенки глотки, смазало ее. Достаточно полежать 5—10 минут. Благоприятное действие при остром фарингите оказывает также фалиминт: положите под язык 1 драже, и пусть оно медленно растворяется в полости рта. На день достаточно 6—8 драже.

ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ — это воспаление слизистой оболочки гортани. Голосовые складки при этом утолщаются, на их поверхности скапливается много слизи. В результате голос хрипнет, иногда полностью пропадает на несколько дней, а то и на две-три недели. Беспокоят саднение в гортани, кашель.

При этом заболевании необходим голосовой покой, особенно людям так называемых голосоречевых профессий: воспитателям детских дошкольных учреждений, учителям, вокалистам, актерам, дикторам, лекторам. Первые 5 дней от начала заболевания рекомендуется полное молчание. Нельзя говорить даже шепотом. В последующие 10 дней следует соблюдать щадящий голосовой режим: говорить мало и только когда это необходимо.

В первые 3—4 дня хороший эффект дают ножные ванны (столовая ложка порошка горчицы на 5 литров горячей воды) и согревающие компрессы на область гортани. Смочите чистую мягкую тряпочку теплой водой, наложите ее на область гортани, сверху вощаную бумагу или часть полиэтиленового пакета, а затем слой ваты и все прибинтуйте.

Хорошо пить теплое молоко с содой (половина чайной ложки пищевой соды на стакан теплого молока) или с Боржоми (в горячее молоко налить минеральной воды столько, чтобы оно стало теплым). Для разжижения слизи, скапливающейся в гортани и на голосовых складках, рекомендуются ингаляции с пищевой содой. Противовоспалительное и успокаивающее действие оказывают ингаляции смесью лекарственных препаратов и масел в аэрозольной упаковке — «Каметоном» или «Ингалиптом». Не забудьте перед употреблением снимать с флакона предохранительный колпачок. Известны случаи, когда больные нажимали на клапан распылителя, не сняв колпачка и делая в этот момент



вдох открытым ртом. Колпачок под напором аэрозоля срывался и попадал в дыхательное горло. Ингаляции надо делать 3—4 раза в день по 1—2 секунды.

Острые ларингит и фарингит бывают иногда первоначальным проявлением гриппа и сопровождаются значительным повышением температуры тела, головной болью, кашлем. В этом случае необходимо лечь в постель и вызвать врача. Консультация врача необходима и тогда, когда охриплость голоса не сопровождается ни повышением температуры тела, ни кашлем, ни насморком, но продолжается более 2—3 недель, поскольку она может быть проявлением других, очень серьезных заболеваний.

Чтобы предупредить развитие ларингита или фарингита, надо взять за правило на улице, особенно в мороз, дышать носом. Проходя через носовую полость, воздух не только очищается от пыли, болезнетворных вирусов и микробов, но и согревается, увлажняется и не раздражает слизистую оболочку глотки и гортани.

В первую очередь об этом надо помнить тем, кто ходит на лыжах, катается на коньках, занимается бегом.

В холодное время года певцам, актерам, лекторам не следует выходить на улицу после интенсивной голосовой нагрузки. Минут 15—20 надо оставаться в помещении. Оживленные беседы в морозную погоду на улице после пребывания в теплом помещении, в бане тоже могут стать причиной острого воспаления глотки и гортани.

Рабочим горячих цехов, любителям «парилки» нельзя разгоряченными пить холодную воду из холодильника, так как вероятность возникновения ларингита и фарингита в таких случаях очень велика. Зимой не надо есть мороженое на улице. Соблюдение этих несложных правил надежно предохранит вас от заболеваний верхних дыхательных путей.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ — СИГНАЛ ТРЕВОГИ

В. С. САВЕЛЬЕВ,
академик АМН СССР



ИЗ-ЗА НЕСВОЕВРЕМЕННОГО ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ ОТ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЕЖЕГОДНО ПОГИБАЕТ БОЛЕЕ ТРЕХ ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК.

Ежегодно миллионы людей в нашей стране получают экстренную хирургическую помощь. Только по поводу острого аппендицита проводится 1 миллион 200 операций в год. Казалось бы, в связи с успехами хирургии, реанимации и анестезиологии, а также в связи с внедрением в клиническую практику современных антибиотиков, смертность от этого заболевания должна снижаться. Однако в течение последних 15 лет показатели послеоперационной летальности не снизились и составляют 0,3%. Другими словами, от острого аппендицита ежегодно погибают более 3 тысяч человек. Чем же это можно объяснить? Как показывает анализ, основная причина послеоперационной летальности состоит в том, что операция аппендэктомии производится слишком поздно из-за несвоевременной госпитализации больных. А поздние сроки госпитализации в 85% случаев являются следствием поздней обращаемости больных к врачу.

Это обусловлено недостаточной осведомленностью людей о тяжелых последствиях несвоевременного оперативного вмешательства.

Прежде чем обратиться к врачу, заболевший, как правило, занимается самодиагностикой. Этот период раздумий о причине боли в животе, выяснения, где болит и насколько это может быть опасно, следует ли немедленно вызвать «Скорую» или лучше пойти в поликлинику, иногда продолжается двоетрое суток. В какой-то мере такое поведение больных обусловлено тем, что возникшая боль в животе при остром аппендиците в начале заболевания носит нерезкий характер, локализуется в подложечной области, сопровождается тошнотой и заставляет больного думать о гастрите, о «засорении желудка». И он по своему усмотрению начинает принимать обезболивающие средства, слабительные, сульфаниламиды.

Молодые люди обычно склонны недооценивать тяжесть своего состояния, считают, что это «пустяк, все пройдет», а люди преклонного возраста поздно обращаются за медицинской помощью потому, что интенсивность боли у них, как правило, меньше и они более терпеливы.

Огромное количество больных в нашей стране ежегодно оперируется и по поводу ущемленной грыжи. Послеоперационная летальность среди этих больных достигает 6—7%, в то время как при плановом удалении грыжи она практически отсутствует. Только в Москве в 1987 году 2257 больных были оперированы по поводу ущемленной грыжи, из них умерло 147.

О чем говорят эти цифры?

При проведении операции по поводу грыжи в экстремальных условиях смертность возрастает в 60—70 раз! А если хирург делает операцию в так называемом холодном периоде, он имеет возможность хорошо подготовить больного к операции. И тогда, как правило, не бывает грозных осложнений, связанных с ущемлением органов, находящихся в грыжевом мешке. Такая операция для больного не представляет риска.

Многие страдающие желчнокаменной болезнью отказываются от операции вне приступа, когда опасность плохого исхода операции минимальна. В основном в хирургический стационар больные поступают по скорой помощи, в стадии острого холецистита. Причем длительность заболевания у них нередко исчисляется десятилетиями, а возраст многих перевалил уже за шестой-седьмой десяток. Хирурги вынуждены оперировать ежегодно около 100 тысяч таких пациентов, теряя при этом более 4% больных в послеоперационном периоде. Ведь при желчнокаменной болезни всегда вовлекаются в патологический процесс печень, поджелудочная железа, желудок. У больных «со стажем» изменения в этих органах принимают уже необратимый характер.

Помните, если возникла острая боль в животе:

— ни в коем случае не старайтесь поставить себе диагноз;

— не ставьте клизмы, не прикладывайте грелку или лед, не пейте никаких лекарств, а немедленно обращайтесь к врачу!

А. С. ПРОХОРЕНКО,
доктор
медицинских наук

ТЕМ, КОМУ ИМПЛАНТИРОВАН ЭКС



ВСЕГДА ИМЕЙТЕ ПРИ СЕБЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ВЖИВЛЕННОГО ЭКС, ВАШИХ ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ, АДРЕСА УЧРЕЖДЕНИЯ, ГДЕ БЫЛА СДЕЛАНА ОПЕРАЦИЯ.

Практика применения электрокардиостимуляторов (ЭКС), как радиоизотопных, так и работающих на ртутно-цинковых батарейках, показала абсолютную их безопасность и полное отсутствие отрицательного воздействия не только на окружающие корпус ЭКС ткани, но и на работу всех жизненно важных органов пациента.

Однако каждый человек с имплантированным электрокардиостимулятором должен соблюдать данные ему при выписке из больницы рекомендации. Они тем строже, чем меньше времени прошло после имплантации искусственного водителя ритма сердца. В первые 1,5—2 месяца больной нетрудоспособен и получает больничный листок. Ему также выдается удостоверение с указанием типа вживленного ЭКС, паспортных данных самого больного, адреса учреждения, где была выполнена операция. Это удостоверение пациенту следует постоянно носить при себе, чтобы, в случае если ему станет плохо на улице или в транспорте, врачи вызванной «Скорой» знали, куда необходимо обратиться.

В течение первых шести месяцев после выписки из стационара нельзя поднимать тяжести более трех килограммов, плавать, прыгать, делать резкие движения, особенно в области плечевого сустава со стороны имплантированного ЭКС. Запрещается полгода выполнять работу, связанную с вибрацией, с ночными сменами, длительными командировками. Не разрешается работать на производстве, где имеются высокочастотные электромагнитные поля, а также водить общественный транспорт. Но, повторяю, это только первые полгода.

Постепенно надо адаптироваться к условиям обычной, активной жизни, но ритм ее должен быть ровным, спокойным, без авралов и штурмовщины. Не следует назначать много дел на один день или засиживаться допоздна, а наутро не выспавшись идти на работу. Это никому не полезно, а человеку с имплантированным ЭКС тем более. Однако ограждать себя полностью от забот и нагрузок не надо. И театр, и кино, и встречи с друзьями тоже отнюдь не возбраняются. Полезно гулять перед сном и в свободное от работы время, по рекомендации врача выполнять легкие физические упражнения, закаляться.

Занимаясь физкультурой, помните, что вам надо стараться избегать ушибов и ударов, чтобы не повредить случайно ЭКС. Если электрокардиостимулятор вживлен в подключичной области, не носите тесную, сдавливающую одежду, в том числе тесных бюстгальтеров; при расположении корпуса аппарата на передней брюшной стенке живота откажитесь от тугих поясов, ремней. В случае появления болезненности, отечности, покраснения в области послеоперационного рубца, обратитесь к хирургу или специалисту лечебного учреждения, где была произведена имплантация электрокардиостимулятора.

Очень важен постоянный контроль за его работой. Для этого периодически (раз-два в месяц) измеряйте частоту импульсов аппарата и сопоставляйте ее с частотой сокращений сердца. Определяют частоту пульса за минуту как обычно у основания первого (большого) пальца кисти или на сонной артерии. Ритм ЭКС можно определить с помощью бытового транзисторного радиоприемника. Его надо приложить внутренней (антенной) стороной как можно ближе к месту имплантации ЭКС. При этом будут слышны звуковые сигналы, соответствующие ритму работы ЭКС. Если частота сердечных сокращений (пульс) совпадает с частотой сигналов, издаваемых транзисторным приемником, значит, ЭКС работает правильно, если нет — необходимо проконсультироваться у кардиолога.

И вот еще о чем следует обязательно знать. На режим работы электрокардиостимулятора могут оказывать отрицательное воздействие линии электропередачи (ЛЭП), радары, микроволновые печи. Поэтому подходить к таким установкам и к линиям электропередачи на расстояние ближе чем 1,5—3 метра нельзя. Микроволновую печь лучше вообще не иметь в доме.

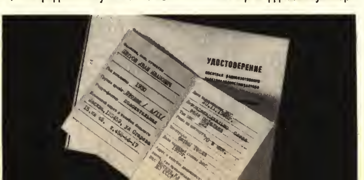
Не следует при открытом капоте низко наклоняться (ниже, чем на 20 сантиметров) над мотором автомобиля, так как там имеется прерыватель-распределитель и индукционная катушка — источники постоянного тока высокого напряжения.

Пациентов с имплантированным ЭКС интересует, можно ли, например, принимать лекарства при возникающих у них сопутствующих заболеваниях?

Можно, если лекарство действительно необходимо и назначено врачом. Разрешаются и физиотерапевтические процедуры (кроме коротковолновой диатермии), но пациент должен предупредить физиотерапевта о том, что ему имплантирован ЭКС.

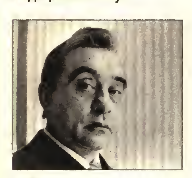
Наличие электрокардиостимулятора не помешает и выполнению какой-либо хирургической операции, если она потребуется больному. Только обязательно надо поставить хирурга и анестезиолога в известность о том, что пациенту имплантирован ЭКС.

Многих людей с искусственным водителем ритма сердца волнует: не вредны ли для них бытовые электроприборы? Исследования показали, что электрические бытовые приборы (электроплиты, электробритвы, фены, швейные машинки), а также люминесцентные и неоновые лампы не оказывают отрицательного влияния на работу ЭКС. Можно ездить на автомобиле, автобусе, электропоезде, летать на самолете и без опасений проходить контроль в аэропорту, предусмотренный для всех авиапассажиров.



В. С. ЧУГУНОВ,
доктор
медицинских наук

«ИППЛИКАТОР КУЗНЕЦОВА» ПОМОГАЕТ ПРИ АРТРОЗЕ



ОДНОВРЕМЕННОЕ НАЛОЖЕНИЕ «ИППЛИКАТОРА КУЗНЕЦОВА» НА СУСТАВ И НА ПОЗВОНОЧНИК СПОСОБСТВУЕТ НЕ ТОЛЬКО СНЯТИЮ БОЛИ, НО И УЛУЧШЕНИЮ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ.

Нередко неврозы усугубляются наличием соматических заболеваний. Поэтому попутно нам приходится искать пути лечения и таких, например, болезней, как деформирующий артроз. Постоянная боль в суставах, усиливающаяся в ночное время и при движениях, хруст, ограничение подвижности на поздних стадиях заболевания — все зто повышает раздражительность, снижает работоспособность, мешает полноценно жить.

Многие годы у себя в клинике используем «Ипликатор Кузнецова» для лечения основного заболевания и для снижения болевого синдрома, вызванного деформирующим артрозом. Хочу подчеркнуть, что ревматические и воспалительного происхождения артриты нам лечить не приходилось, поэтому мы даем рекомендации, касающиеся исключительно деформирующего артроза, особенно в начальных его стадиях.

Артроз первой степени тяжести проявляется умеренной болью в суставе при ходьбе, непостоянным хрустом во время движений. Возможны небольшая припухлость и сглаженность контуров сустава.

Артроз второй степени тяжести: боль в суставе при ходьбе постоянна, порой она становится очень сильной. Более выражены хруст, припухлость и сглаженность контуров. Активные и пассивные движения в суставе сохраняются, но могут появиться некоторыв ограничения при сгибании или разгибании.

Как же применять в зтих случаях «Ипликатор Кузнецова»?

При артрозе коленного сустава, например, его следует накладывать на переднюю и боковые поверхности сустава и зафиксировать эластичным бинтом, умеренно прижимая к телу на 30—45



минут. Эластичный бинт создает равномерное давление на всю поверхность сустава, что улучшает кровообращение в нем. Если, наложив ипликатор, вы сидите, постарайтесь сделать несколько сгибательных и разгибательных движений. Передохнув, опять подвигайте ногой. Хорошо снимает боль и медленная ходьба.

Накладывать ипликатор можно на любой крупный сустав, соблюдая при этом правило: иголки не должны давить на сосудисто-нервные пучки, которые находятся, например, в подмышечной или в подколенной впадине, в паху.

Запаситесь также ипликатором, который мог бы накрыть весь позвоночник. Одновременно с наложением небольшой пластины на сустав положите ипликатор и на позвоночник, полежите на нем в течение получаса. Воздействуя на вегетативные центры спинного мозга, иглоаппликация способствует усилению обменных процессов в организме, улучшению питания мышц и суставов, значительному улучшению общего состояния.

Мы обычно применяем иглоаппликацию в течение 10—14 дней, затем — перерыв на такое же время. А если делать процедуру через день, весь курс займет месяц. Тогда необходим перерыв тоже на месяц.

При артрозв третьей и четвертой ствпени тяжести боль бывает очень сильной. Если в начальных стадиях заболевания (I и II степени тяжести) «Ипликатор Кузнецова» способствует значительному уменьшению всех основных проявлений артроза, то в более запущенных (III и IV степени) снимает только болевые ощущения.

Противопоказания к применению «Ипликатора Кузнецова»: злокачественные и доброкачественные опухоли, в том числе папилломы, липомы, родимые пятна, тромбофлебит.

В РЕДАКЦИЮ

ПРИШЛО ПИСЬМО

СРЕДСТВО ДЛЯ МЫТЬЯ ПОСУДЫ

«Жена моет чистящим средством «Пемоксоль» кастрюли не только снаружи, но и изнутри. Не вредно ли это?»
Исмаилов Р., Симферополь

На вопрос читателя отвечает научный сотрудник Московского филиала Всесоюзного научно-исследовательского и проектного института химической промышленности Людмила Григорьевна ИЛЮХИНА:

— Все средства, предназначенные для мытья посуды, которые выпускает наша промышленность, разрешены Минздравом СССР. Входящие в их состав вещества безвредные и легко смываются водой.

Разработанные Уральским филиалом нашего института порошкообразные средства «Пемоксоль», «Пемоксоль-2», «Пемоксоль-М» и «Пемолюкс» содержат абразивы — мелкодисперсные твердые вещества, а в «Пемолюксе» есть еще и отбеливающий компонент.

Этими средствами можно чистить кухонную посуду — сковороды, кастрюли, противни, гусятницы, жаровни как снаружи, так и изнутри. Затем посуду следует хорошо промыть водой.

Не рекомендуется «Пемоксоль», «Пемоксоль-2» и «Пемоксоль-М» применять для чистки посуды с тефлоновым покрытием, из полированного алюминия, а также для мытья изделий из стекла, фарфора и хрусталя, так как абразивы могут поцарапать обрабатываемую поверхность, стереть рисунок с фарфоровой посуды.

Исключение составляет «Пемолюкс», в состав которого входят мягкие абразивы. Поэтому им время от времени можно чистить всю посуду. А для ежедневного мытья фарфоровой и стеклянной посуды лучше пользоваться специально для этой цели выпускаемыми нашей промышленностью жидкими и порошкообразными средствами: «Вильва», «Истра-люкс», «Помощница», «Посудомой», «Светлый», «Блик».

КОНСУЛЬТАНТ ОТВЕЧАЕТ ЧИТАТЕЛЯМ

Репортаж с консультативного приема, который вел доктор медицинских наук В. Г. Горюнов (**«На приеме больной аденомой», «Здоровье» № 8 за 1988 год**), вызвал живой отклик читателей. На вопросы интимного характера Владимир Георгиевич ответил их авторам лично, а на те, которые могут представить интерес для многих,— через журнал.

> Читатели Прыгун из Москвы, Елисеев из Владимира, Д. Г. Ноготков из Брянска выражают недоумение, почему в статье было сказано, что нигде в мире еще нет препаратов, с помощью которых можно было бы излечиться от аденомы, а в № 7 журнала «Изобретатель и рационализатор» за 1988 год в статье «Если вам повезет...» рассказано о препарате амниоцен, излечивающем аденому простаты.

— Препарат амниоцен проходил клиническую проверку в НИИ урологии Минздрава РСФСР. Клинические испытания более чем на 50 больных показали, что амниоцен не уменьшает аденому предстательной железы и считать его средством, излечивающим от этого заболевания, нет никаких оснований. Однако амниоцен, как и раверон, способствует стиханию воспалительного процесса при простатите, часто сопутствующем аденоме. У больных нормализуется мочеиспускание, хотя аденома, повторяю, не уменьшается.

> Читатели А. В. Скорев из Минска, В. Н. Фатьянов из Владивостока, В. А. Николаев из Одессы спрашивают, можно ли излечиться от аденомы, принимая депостат, примостат, цернилтон, сустанон-250, празосин.

„ИЗБАВИТЬ ОТ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ ТОЛЬКО ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ!"

— В последние годы за рубежом широко рекламируются гестогены — вещества, влияющие на гормональные рецепторы предстательной железы. Их выпускают под разными названиями: депостат, примостат. Этим препаратам приписывается свойство якобы вызывать обратное развитие аденоматозной ткани. Однако наблюдения за больными, принимавшими эти препараты, проведенные в НИИ урологии, убедительно показали, что и эти средства, так же как и амниоцен, и раверон, не избавляют от аденомы предстательной железы.

Не обладает этой способностью и препарат цернилтон — экстракт цветочной пыльцы, впрочем, как и сама пыльца. Цернилтон оказывает лишь стимулирующее действие на иммунную систему, повышая сопротивляемость организма различным неблагоприятным факторам, помогает ему справляться и с воспалительным процессом в предстательной железе.

В комплексном лечении больных аденомой предстательной железы широкое применение находят мужские половые гормоны. Они, кстати, тоже не уменьшают аденоматозные узлы, а улучшают сократительную функцию стенки мочевого пузыря, повышают общий тонус организма. К этим препаратам относятся сустанон-250 и омнадрен-250.

Препараты типа празосина расслабляют гладкую мускулатуру шейки мочевого пузыря, благодаря чему временно улучшается мочеиспускание, которое затруднено у больных аденомой.

> Читатели Городецкий Н. Б. из Бобруйска, ленинградец Сергеев и другие просят уточнить: рекомендованный на консультативном приеме отвар надо готовить обязательно из всех названных трав или можно взять одно-два лекарственных растения? Теплым или холодным следует пить отвар?

— Готовить отвар лучше из сбора трав. Возьмите по столовой ложке брусничного листа, полевого хвоща, крапивы и по чайной ложке толокнянки, пустырника, зверобоя. К ним можно добавить по столовой ложке петрушки, спорыша и по чайной ложке березовых почек, тысячелистника, одуванчика, девясила, ромашки и все смешать.

Сбор трав храните в банке желательно из темного стекла или в любой непрозрачной. Чтобы приготовить отвар, возьмите столовую ложку смеси трав, заварите ее стаканом крутого кипятка, кипятите на небольшом огне в течение 10 минут, процедите и пейте отвар теплым за 20 минут до еды. Можно взять тройную порцию смеси и приготовить отвар на весь день. Перед тем как пить, подогрейте его.

> Читатели З. Вахман из Симферополя, Улиава из Баку, москвичи Д., Н. Игарновы и другие задают вопрос: нельзя ли избавиться от аденомы, применяя физиотерапевтическое лечение?

— Физиотерапевтические процедуры, такие, как электрофорез, фонофорез, дарсонвализация, микроволновые излучения, используются в комплексе с другими видами лечения. Непосредственного воздействия физиопроцедуры на аденому не оказывают.

> А. Васильев из Киева, Герасимов из Норильска, С. Д. из Читы просят рассказать, насколько эффективен при аденоме простаты урологический электростимулятор Эсур-1.

— Электростимуляторы Эсур-1 и Интратон-1 используют для внутриуретральной стимуляции железы при некоторых формах простатита. В случаях, когда аденома не осложнена простатитом, их применение неоправданно.

> Читатели А. Иванов из Витебска, А. С. из Тульской области, Дмитриев из Караганды и другие спрашивают, не перерождается ли аденома в рак?

— На этот вопрос могу ответить с уверенностью однозначно: нет, не перерождается.

> Многих пожилых читателей, перенесших недавно инфаркт миокарда, страдающих хроническими заболеваниями, очень волнует такой вопрос: что же делать, если операция удаления аденомы по состоянию здоровья противопоказана?

— В тех случаях, когда больному необходима операция по жизненным показаниям и аденома становится препятствием для оттока мочи, делают эпицистостому, то есть надлобковый дренаж: в мочевой пузырь вставляют гибкую трубку, опущенную в бутылочку, по которой стекает моча.

В заключение еще раз хочу подчеркнуть, что средств, с помощью которых можно было бы избавиться от аденомы без хирургической операции, еще нет.

«В феврале я жду ребенка и очень прошу рассказать на страницах журнала, какие правила гигиены надо соблюдать после родов».

М. Н., Тюменская область

ПОСЛЕ РОДОВ

В первые дни и недели после родов у женщины еще бывают кровянистые выделения, а с 3—4-х суток начинает прибывать молоко, иногда очень интенсивно. В этот период надо с особой тщательностью соблюдать правила гигиены, следить за чистотой рук, постели, белья, так как и кровь, и молоко — идеальная среда для размножения различных микроорганизмов, в том числе и «собственных» микробов, населяющих кожу и слизистые оболочки.

Мыло, которым вы умываетесь, надо разделить на 2 кусочка: один для рук, лица, молочных желез, другой — для подмывания промежности. Руки не забывайте мыть очень тщательно не только утром, после пользования туалетом, но и перед каждым кормлением и сцеживанием груди, и, само собой разумеется, придя с улицы.

Молочные железы мойте в следующем порядке: сначала сосок, затем саму молочную железу и наконец подмышечную впадину.

Не следует забывать, что после родов внутренняя поверхность матки еще относительно долго представляет собой обширную рану, которая покрывается новой слизистой оболочкой лишь через 7—8 недель.

Поскольку полость матки сообщается через открытую шейку с влагалищем, создается немалый риск возникновения послеродовых заболеваний. Чтобы матка лучше сокращалась и в ее полости не скапливались сгустки крови, служащие питательной средой для микробов, необходимо несколько раз в день полежать на животе, ежедневно заниматься гимнастикой.

Перед кормлением обязательно приведите себя в порядок, уберите волосы под косынку или заколите их. Чтобы ребенок мог лучше захватить сосок, сначала сцедите небольшое количество молока, сосок после этого станет мягче.

После кормления оставшееся в груди молоко сцедите. Это надо делать нежно, осторожно, не травмируя ткань. Кормите поочередно то правой, то левой грудью, на ночь лучше сцедите обе.

Не надо держать ребенка долго у груди, особенно в первые дни. Пока молока еще мало, он все равно не насыщается, а своими челюстями травмирует сосок, что нередко ведет к образованию трещин. Они очень болезненны и служат входными воротами для инфекции и развития в последующем мастита. Для профилактики трещин соски советую обрабатывать каждый день раствором бриллиантового зеленого.

В послеродовом периоде важно следить за функцией мочевого пузыря. Сразу же после родов многие женщины не ощущают позывов к мочеиспусканию, а из-за этого мочевой пузырь переполняется, мешая сокращению матки. Поэтому постарайтесь опорожнять мочевой пузырь каждые 2—3 часа и перед кормлением ребенка.

Стул после родов, как правило, бывает на 3—4-е сутки, в дальнейшем нужно заботиться о ежедневном опорожнении кишечника, это также способствует лучшему сокращению матки.

Тем женщинам, которым наложены швы на промежность, в родильном доме не рекомендуется садиться до снятия швов, а их обычно снимают на 5-е сутки. Если заживление идет хорошо, можно садиться на кончик жесткого стула, плотно сжав ноги. Такой режим надо соблюдать дома в течение 7—10 дней.

Призывая женщину быть после родов повнимательнее к себе, мы хотим напомнить и мужу: оберегайте жену, которая выдержала нелегкое испытание. Помогайте ей по дому, не разрешайте поднимать тяжести.

И еще одно обязательное правило. Половая жизнь допустима не раньше, чем через 8 недель. Предварительно, особенно если роды были первыми, проконсультируйтесь у акушера-гинеколога. Это очень важно!

Е. М. ЛАКОМОВА,
кандидат медицинских наук



ФОТО М. ВЫЛЕГЖАНИНА

СПАСИБО ВАМ, ТЕТЯ НЮРА!

Когда утром тетя Нюра приходит в отделение, дети еще спят. Но бывает, раздастся в дальнем конце коридора детский плач, и заспешит она на этот зов:

— Что тебе, миленький, может, попить принести, или на горшок хочешь? Не плачь, скоро мама придет...

Ласковые руки, добрые глаза успокаивают малыша, он засыпает. Тихонько выходит она из палаты. Начинается рабочий день.

Тридцать пять лет было тете Нюре, Анне Ивановне Поповой, когда впервые пришла она сюда, в детскую больницу имени И. В. Русакова. Муж погиб на фронте, осталась с двумя детьми. Пошла работать нянечкой, так нянечкой работает и до сих пор.

— В те годы были здесь еще старые корпуса,— вспоминает тетя Нюра,— попала я сначала в ожоговое отделение. Одну девочку с пожара привезли — я даже имя и фамилию ее помню до сих пор — Галя Семенчик. Сутками от нее не отходила. Тогда, верно, и поняла, что уйти не смогу, хотя и тяжело. Если бы детей не любила, не работала бы здесь. Да, видно уж, вынесут меня отсюда, как с поля боя...

Бывает, за целый день и минутки отдыха нет у тети Нюры. Коридор вымыть надо, лестницу, туалеты и, конечно, детские горшки. Все это делает она спокойно, без лишней суеты, просто и естественно, как для своих детей. И, как своим, отдает больным ребятишкам все силы.

То из одной, то из другой палаты позовут: «Тетя Нюра!» Заторопится нянечка — понятно, нужна ее помощь — подмыть, белье поменять, горшок подать, убрать. Или просто с малышом посидеть, успокоить.

Иначе она не умеет, не представляет себе, как можно, видя больного ребенка, не сделать что-то для него, ради него. Милосердие тети Нюры — это не только труд души, но и труд физический, работа в самом прямом смысле этого слова.

Наш фотокорреспондент, снимавший тетю Нюру для обложки, отметил удивительную особенность этой тихой, скромной женщины: от нее исходят ощутимые токи доброты, рядом с ней становится как-то спокойнее. А дети особенно остро это чувствуют и тянутся к ней...

Да, есть такие люди на свете. И как хорошо, что они есть. Спасибо вам, тетя Нюра!

И. ПАВЛЕНКО

ФОРУМ НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ И НАРКОЛОГОВ

В октябре минувшего года в Москве проходил VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. В его работе приняли участие 900 делегатов. В докладе первого заместителя министра здравоохранения СССР И. Н. Денисова обстоятельно проанализировано состояние психиатрической и неврологической науки и практики, поставлены задачи по скорейшему совершенствованию специализированной помощи населению.

О работе научного общества доложил председатель его правления академик АМН СССР Г. В. Морозов.

На пленарных и секционных заседаниях было представлено свыше 300 докладов, освещающих наиболее актуальные проблемы неврологии и психиатрии. Особое внимание участники съезда уделили анализу теоретических основ этих дисциплин. Исследования последних лет обогатили неврологию и психиатрию новыми данными, касающимися структурно-функциональных особенностей головного мозга и их связи с нервно-психическими расстройствами. Это позволяет более целенаправленно выбирать методы лечения больных, находящихся в критическом состоянии. На основе новых наблюдений установлено, что личностные особенности при неблагоприятных обстоятельствах являются не только факторами риска развития той или иной патологии, но и имеют немаловажное значение для прогноза болезни, если она возникла.

С приветствием к участникам съезда обратились известные ученые ряда зарубежных стран, в том числе президент Всемирной ассоциации психиатров профессор К. Стефанис и директор департамента психического здоровья Всемирной организации здравоохранения профессор Н. Сарториус. С интересом были встречены и их доклады.

На съезде было утверждено решение пленума Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров о создании Всесоюзного научного общества невропатологов и Всесоюзного научного общества психиатров.

Слово вновь избранным председателям обществ.

Н. В. ВЕРЕЩАГИН, председатель Всесоюзного научного общества невропатологов, директор Института неврологии АМН СССР, член-корреспондент АМН СССР, лауреат Государственных премий СССР:

— На съезде были отмечены определенные успехи в изучении, лечении и профилактике нервно-психических расстройств, достигнутые за последние годы. Продолжалось укрупнение неврологических отделений, создание специализированных отделений для больных с сосудистыми нарушениями, с заболеваниями периферической нервной системы, совершенствование специализированной скорой помощи, организация реанимационных блоков, блоков интенсивной терапии, совершенствовались методы восстановительного лечения.

С развитием общей биологии, математики, физико-химических и других наук следует ожидать радикальных изменений и в профилактике и лечении многих распространенных или опасных для жизни неврологических заболеваний. Прежде всего сосудистых поражений мозга, заболеваний периферических нервов, наследственных, инфекционных и других прогрессирующих болезней нервной системы. Наряду с этим отчетливо выявляется и социальная составляющая в возникновении и развитии ряда болезней мозга, например, таких, как инсульт. А следовательно, просматривается и реальная возможность путем осуществления комплекса медико-социальных программ повлиять на их распространенность и исходы.

Помимо разработки научных основ предупреждения и лечения ряда грозных болезней нервной системы, исключительную роль приобретают авторитет медицинской общественности и активность населения в обосновании, формировании и реализации принципов здорового образа жизни, включая принятие соответствующих решений на государственном уровне. В связи с этим Всесоюзное научное общество невропатологов видит свои ближайшие цели в освоении и дальнейшем приумножении успехов нейронаук, а также в активном содействии внедрению их достижений в практическое здравоохранение.

Н. М. ЖАРИКОВ, председатель Всесоюзного научного общества психиатров, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова, директор психиатрической клиники имени С. С. Корсакова, член-корреспондент АМН СССР:

— В последние годы в нашей стране активно совершенствуются организационные формы и принципы оказания психиатрической помощи. И это стало предметом всестороннего обсуждения на съезде.

В связи с Указом Президиума Верховного Совета СССР о порядке оказания психиатрической помощи разработаны новые положения о социально-клинических и правовых показаниях, определяющих условия лечения, в том числе принудительного, психически больных, а также о необходимости нахождения их под наблюдением психиатра.

Большое внимание было уделено на съезде теоретическим и практическим вопросам лечения алкоголизма, наркомании и токсикомании, развитию наркологической помощи, расширению сети учреждений для анонимного лечения больных алкоголизмом.

Задачи, которые стоят сегодня перед научным обществом психиатров (в него вошли и наркологи), отражают перспективные направления развития советского здравоохранения, сформулированные министром здравоохранения СССР академиком Е. И. Чазовым на Всесоюзном съезде врачей. Это значит, что будет укреплена материально-техническая база научных исследований в психиатрии, определены надежные критерии оценки эффективности работы НИИ и лечебных учреждений, повышена ответственность за подготовку специалистов, готовых активно вести профилактику нервно-психических расстройств, в том числе алкоголизма, нарко- и токсикомании, формировать у людей здоровый образ жизни.

Участники съезда приняли обращение к психиатрам всего мира.

КОГДА ОБЪЕДИНИЛИ СИЛЫ...

В маленьком районном городке Котовске до февраля минувшего года было два лечебно-профилактических учреждения. В иных райцентрах и одна-то поликлиника — так себе, а здесь целое богатство — медсанчасть завода пластмасс и поликлиника центральной городской больницы. Расположены оба учреждения почти что дверь в дверь. У них одинаковые лаборатории, отделения, структура управления. В обоих поликлинических помещениях тесновато размести-лась аппаратура, да и не вполне сподручно принимать пациентов. Зато «свое». Отдельное. Независимое!

«А надо ли так?» — спросили себя котовские медики. Ведь можно более рационально использовать и помещение, и оборудование, и возможности врачей, объединив поликлиническую службу. Эту инициативу активно поддержал Котовский горисполком.

Объединили клинико-диагностические лаборатории в одну мощную. Создали более солидные физиотерапевтическую и другие службы. Разместили их более просторно, улучшив тем самым условия как для персонала, так и для пациентов. Все службы заметно увеличили свою пропускную способность, работая в течение всего дня, а не в одну смену, как было раньше. Сократились очереди на прием к врачу. И сделано это в пределах тех же штатов и средств, что до объединения медучреждений.

В свое время Котовский завод пластмасс построил обособленную, «свою» поликлинику с небольшим стационаром, имея в виду создать наилучшие условия для своих работников. Но и теперь, когда заводская поликлиника объединилась с городской, интересы рабочих ни в коей мере не ущемляются.

— Принцип преимущественного обслуживания рабочих и служащих у нас соблюдается неукоснительно,— говорит заместитель главного врача единого больнично-поликлинического отделения Н. М. Алехин.— Сейчас отрабатываем методику записи в регистратуре поликлиники непосредственно через цеховые здравпункты. Это один из путей экономии времени для людей, идущих на прием к врачу после смены. А вообще в выигрыше от новшества оказались все: и заводчане, и население городка. Взять хотя бы врачебную помощь на дому. Централизация транспорта дает возможность улучшить работу участковых врачей, выезжающих к больным. Кроме того, благодаря оборудованию автомашин радиоаппаратурой врач-терапевт на выезде теперь может держать связь с поликлиникой, решать все вопросы на месте, непосредственно у постели больного...

Н. КОЗЛОВ
Тамбовская область

НОВАЯ РУБРИКА

ЧТО БОЛИТ? РИСУНОК В. СКРЫЛЕВА

...5,4,3,2,1 поехали!

ФЕРМЕНТЫ-ДЕТЕКТИВЫ

Т. В. ЧЕРНОБРОВКИНА,
кандидат биологических наук

Лиду М. задержали в тот момент, когда она вводила себе наркотически действующее вещестао (НДВ). И тем не менее она отрицала все. Нет, наркотики никогда не употребляла. Нет, ни с кем из продающих наркотики не знакома. Нет, не знала, что лекарственное вещество, которое она вводила в вену, относится к наркотически действующим. Зачем вводила? Таким способом ей посоветовали избавиться от нежелательной беременности.

Упорно повторяя «нет, нет, нет», Лида не подозревала, что в ее организме есть бесстрастные свидетели — ферменты крови. Биохимический анализ крови сомнений не оставлял: наркотики Лида употребляет регулярно и давно.

Метод определения актианости ряда ферментов, разработанный сотрудниками отдела по изучению молекулярных механизмов наркомании при 2-м Московском медицинском институте, позволяет не только выявлять скрываемое злоупотребление алкоголем, различными НДВ, но и определять продолжительность болезни. Почему именно ферменты легли в основу метода? Как выяснилось, эти биологические катализаторы (ускорители), без которых не протекает ни одна химическая реакция в клетках организма, могут служить индикатором благополучия или неблагополучия, здоровья или нездоровья любого органа — печени, почек, сердца, мозга...

Когда наркотически действующее вещество или алкоголь попадают в организм человека, они достаточно быстро с током крови достигают всех органов и тканей. А так как в химическом плане вещества эти чрезвычайно активные, то везде они вмешиваются в белковый, жировой, углеводный обмен, взаимодействуют с ферментами и другими компонентами крови и тканей организма. И везде оставляют грубые следы своего присутствия, изменяя структуру, активность, искажая функции многих ферментов. Причем, как показали исследования, наркотики и алкоголь оставляют свой неповторимый и не копируемый другими веществами «след» в организме человека.

Например, при злоупотреблении алкоголем первой, как правило, страдает печень, потому что именно здесь перерабатывается до 75% поступившей дозы спиртного. При этом активность ряда печеночных ферментов повышается, увеличивается их содержание в крови. А, скажем, препараты эфедрина, напротив, печеночные ферменты угнетают, но повышают активность ферментов почечного происхождения. Вдыхание некоторых органических растворителей приводит к «утечке» из центральной нервной системы мозговых ферментов, которые в норме не выходят за границы гемато-энцефалического барьера. Это крайне неблагоприятно сказывается на функции мозга, может приводить к слабоумию.

По характерным отклонениям от нормы активности тех или иных ферментов специалисты судят о том, какое именно вещество употребляет, а вернее, каким злоупотребляет обследуемый. Для этого у пациента берут кровь, а затем после разделения ее на фракции пробирку с сывороткой аставляют а ячейку автоматического анализатора. Печатающее устройстао в считанные минуты выдает результаты анализа. Остается их расшифровать. Данные анализа позволяют четко определить форму интоксикации организма: алкогольную, связанную с употреблением различных алкогольсодержащих суррогатов или наркотиков. А по количественным характеристикам — по размеру «следа» — можно судить о давности злоупотребления.

Очень важно, что метод позволяет диагностировать алкогольную или наркотическую зависимость на ранних, доклинических стадиях, когда болезнь еще не поработила организм окончательно и еще можно с помощью целенаправленной профилактики и социальных мер воздействия поставить ей заслон. Более того, он дает возможность рано определять степень риска развития той или иной сопутствующей патологии: алкогольного поражения сердца, алкогольной энцефалопатии, различных патологий печени... Ведь каждый из нас обладает индивидуальной чувствительностью к тому или иному токсическому веществу. В зависимости от конституциональных, природных особенностей организма избирательной мишенью для алкоголя, наркотика у одних может стать печень, у других — сердце, у третьих — мозг. Эта избирательность четко проявляется в самом начале употребления алкоголя или наркотиков, когда человек чувствует себя абсолютно здоровым, когда его ничто еще не беспокоит.

...Николай С. алкоголиком себя не считал, выпивал «как все, по случаю». Но когда однажды он попал в медвытрезвитель и был направлен на обследование в наркодиспансер, данные биохимического анализа крови аыявили отклонение активности ряда ферментов сердечной мышцы. А это значит, что предпосылки для развития алкогольной кардиомиопатии у него уже существуют. И если человек решительно себя не останоаит, не изменит своего отношения к «безобидным» выпивкам, ему не избежать сердечной катастрофы.

Ферменты как истинные детективы помогают раскрыть злоупотребление тогда, когда, казалось бы, никаких следов присутствия алкоголя, наркотика, продуктов их обмена в организме не осталось. Традиционный токсикологический анализ показывает: в крови алкоголя нет, в моче нет, в других биологических средах нет. Ферменты уточняют: да, сегодня, сейчас,— нет, а вот несколько дней назад была алкогольная атака. Это позволяет специалистам контролировать состояние тех больных, которые прошли курс лечения, но продолжают оставаться на учете в наркодиспансере. Результаты биохимического анализа всегда точно характеризуют состояние пациента: продолжает употреблять спиртное, воздерживается, близок к срыву — нуждается в срочной наркологической помощи... Приведу лишь один из примеров, когда именно метод исследования активности ферментов помог установить истину.

Родственники Анатолия П. постоянно писали на него жалобы и обвиняли в злостном пьянстве. Действительно, раньше Анатолий страдал алкоголизмом, но уже на протяжении нескольких лет он не пьет и врачи отмечают у него стойкую ремиссию. Эту конфликтную ситуацию удалось разрешить с помощью энзимодиагностики. С согласия пациента у него регулярно брали кровь на биохимический анализ, и каждый раз ферменты подтверждали: обследуемый говорит правду, а родственники на него наговаривают (как впоследствии выяснилось, в корыстных целях).

Итак, ферменты помогают не только выявлять злоупотребляющих спиртным и наркотиками, но и оправдывать тех, кто нашел в себе силы вступить на путь трезвости.

Подорожник большой

В мире насчитывается около 260 видов подорожника. Однако наибольшей популярностью пользуется подорожник большой. Его крупные яйцевидные листья (до 20 сантиметров в длину и до 10 сантиметров в ширину) плотно прижаты к земле, на них хорошо видны 3—9 дугообразных жилок. Из середины розетки поднимается высокий цветоносный побег, на вершине которого расположено плотное колосовидное соцветие. Цветки мелкие, светло-бурые.

Рядом с подорожником большим нередко встречаются другие виды: ланцетный, средний, подорожник Корнута, которые не используются в медицинской практике. От подорожника большого они отличаются формой листа, его опушением и длиной черешка. У подорожника ланцетного листья продолговатые, жилки снизу листа покрыты волосками, а на цветоносе хорошо заметны продольные бороздки. У подорожника среднего листья по форме сходны с подорожником большим, но имеют короткий черешок и опушены, особенно снизу. Листья подорожника Корнута также по форме похожи на подорожник большой, но снизу покрыты волосками и имеют черешки, по длине равные листовой пластинке или несколько длиннее ее.

Подорожник большой входит в число самых древних лекарственных растений. В его листьях содержатся полисахариды, горькие и дубильные вещества, витамины K, C.



РИСУНОК А. ЮДИНА

В медицинской практике листья подорожника большого используются как отхаркивающее средство при острых и хронических заболеваниях органов дыхания. А в народной медицине еще и как наружное средство для лечения ран, ссадин, фурункулов, язв. К ним прикладывают целые или измельченные свежие листья.

Из листьев подорожника большого медицинская промышленность изготавливает сок подорожника и плантаглюцид. Сок применяют при анацидных гастритах и хронических колитах. Плантаглюцид используют для лечения больных гипацидным гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при нормальной или пониженной кислотности желудочного сока, а при повышенной кислотности он противопоказан. Препараты подорожника принимают за 20—30 минут до еды.

Листья подорожника собирают во время цветения (в мае — августе) до начала их пожелтения или покраснения. Они не должны быть поражены вредителями и болезнями. Рекомендуется проводить сбор после дождя, но когда листья обсохнут. Срезать их лучше всего ножом. Чтобы не пострадали заросли подорожника, ни в коем случае не выдергивайте растения и не обрывайте все листья. Повторные заготовки на том же месте допустимы только через 3—4 года. Ну и, конечно, нельзя заготавливать растительное сырье в городах, а также в непосредственной близости от транспортных магистралей.

Сразу же после сбора листья подорожника раскладывают тонким слоем (толщиной не более 3 сантиметров) на бумаге (но не на газете) и время от времени перемешивают. Сушат сырье под навесом, или на чердаке, или в хорошо проветриваемом помещении. Сушка закончена, если черешки при сгибании ломаются. Переберите сушеные листья и удалите побуревшие или пожелтевшие. Затем сложите сырье в бумажные пакеты или картонные коробки. Храните в сухом, хорошо проветриваемом помещении. На пакете обязательно напишите дату заготовки сырья. Сушеные листья подорожника можно хранить не более 3 лет.

Для приготовления водного настоя столовую ложку измельченных листьев заливают в эмалированной посуде стаканом кипятка, закрывают крышкой и настаивают на водяной бане 15 минут. Затем выдерживают при комнатной температуре 45 минут и процеживают через 2 слоя марли. Сырье отжимают и, если необходимо, доливают кипяченой водой, чтобы стакан был полным. Полученный настой можно хранить в холодильнике не более 3 суток.

Водный настой применяют внутрь при различных кожных заболеваниях — сыпях, угрях. При сальной коже и воспаленных угрях полезно делать маски из мелко измельченных свежих листьев подорожника. Их накладывают на 10—15 минут на кожу, смазанную тонким слоем любого питательного крема.

А. А. СОРОКИНА,
кандидат
фармацевтических
наук





ДА НЕ ИССЯКНЕТ ДОБРОТА!

ФОТО М. ВЫЛЕГЖАНИНА

Замечательная есть должность в больнице: санитарка. Замечательная, но не престижная. С высокой нагрузкой, с малой оплатой. Потому и не соглашаются на такую работу молодые, не идут к нам. А как мы ждем их, как они нужны!

Санитарки, или как их ласково называют — нянечки, ближе всех к больному, особенно к ребенку. В хирургическом отделении медицинские сестры успевают только сделать бесконечное количество инъекций, раздать лекарства, отвезти-привезти ребятишек на операции или перевязки.

Сегодня «миленьких», «дорогих», «любимых» санитарок-нянечек, которые и неторопливо покормят, и утешат, и перестелят мокрую кроватку, и просто пожалеют малыша, найти трудно.

Выходим мы из положения, позволяя родителям участвовать в уходе за ребятишками. Министерство здравоохранения СССР это разрешает. Но пользоваться таким разрешением могут лишь те больницы, где для этого есть условия, где на койку приходится площадь не менее, чем 9 квадратных метров.



В московской детской больнице имени И. В. Русакова таких условий, к сожалению, нет. В небольшую палату пропускаем лишь одну маму, если она соглашается ухаживать не только за своим ребенком. Почти все охотно соглашаются и не жалеют об этом.

Выручают нас иногда старшие ребята — наши пациенты. Во многих из них заложено столько врожденной любви к малышам, желания им помочь, понянчиться с ними, что диву даешься!

Наши детские палаты — вот нива деятельности для Советского Фонда милосердия и здоровья! Надеемся, что гуманные

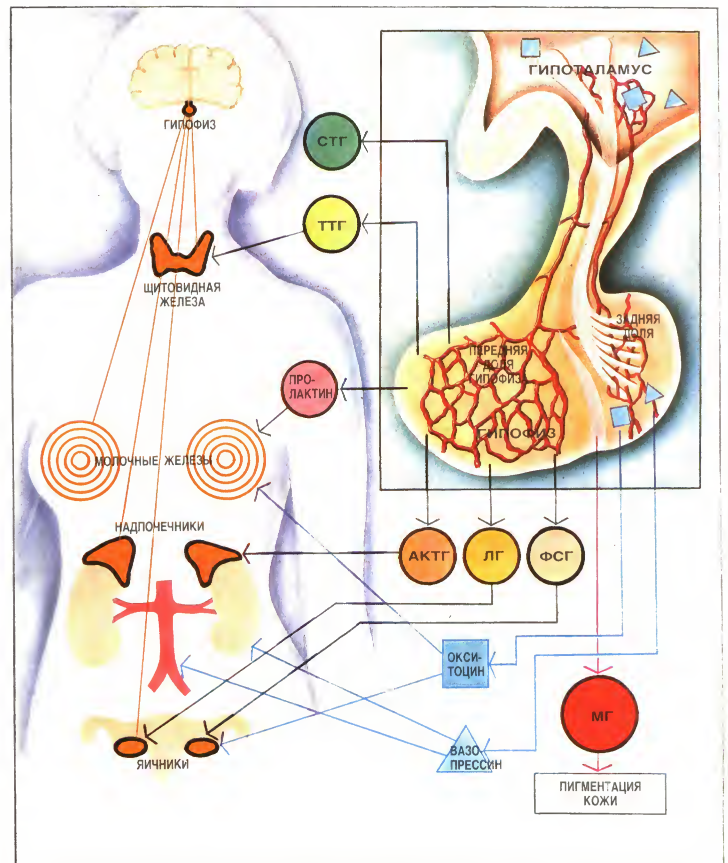
идеи, которые легли в основу создания этого фонда, увлекут молодежь — учащихся медицинских училищ и институтов. Мне во время учебы в I Московском медицинском институте пришлось работать медбратом во II Таганской больнице. Бессонные ночи — тяжелый хлеб, но незаменимая школа милосердия.

Надеюсь, что бессребреники, наделенные чувством сострадания, вступив в конкуренцию с небескорыстными кооперативами, победят в неравном пока еще соревновании. Возможно, свою лепту внесут и верующие, понимающие свое предназначение как готовность помогать каждому, кто в этом нуждается.

Добрые сердца, ласковые руки! Вас ждут в детских больницах...

С. Я. ДОЛЕЦКИЙ,
член-корреспондент
АМН СССР





НА ВКЛАДКЕ СХЕМАТИЧНО ПОКАЗАНО, КАК ГИПОФИЗ ПОД АКТИВИЗИРУЮЩИМ ВЛИЯНИЕМ ГИПОТАЛАМУСА НАПРАВЛЯЕТ И РЕГУЛИРУЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДРУГИХ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ.

Рисунки А. ЕВСЕЕВА



ПО МНОГОЧИСЛЕННЫМ ПРОСЬБАМ ЧИТАТЕЛЕЙ РЕДАКЦИЯ НАЧИНАЕТ ПУБЛИКАЦИЮ СТАТЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ИНСТИТУТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ И ХИМИИ ГОРМОНОВ АМН СССР ПОД РУБРИКОЙ «ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА ЧЕЛОВЕКА».

ГИПОФИЗ И ГИПОТАЛАМУС

В. Н. БАБИЧЕВ,
доктор биологических наук,
профессор

Эндокринная система организма человека объединяет небольшие по величине и различные по своему строению и функциям железы внутренней секреции: гипофиз, эпифиз, щитовидную и околощитовидные железы, поджелудочную железу, надпочечники и половые железы. Все вместе взятые, они весят не более 100 граммов, а количество вырабатываемых ими гормонов может исчисляться в миллиардными долями грамма. И тем не менее сфера влияния гормонов исключительно велика. Они оказывают прямое воздействие на рост и развитие организма, на все виды обмена веществ, на половое созревание.

Между железами внутренней секреции нет прямых анатомических связей, но существует взаимозависимость функций одной железы от других. Эндокринную систему здорового человека можно сравнить с хорошо сыгранным оркестром, в котором каждая железа уверенно и тонко ведет свою партию. А в роли дирижера этого «оркестра» выступает главная, верховная железа внутренней секреции — **гипофиз.**

Это бобовидное образование весом 0,5—0,6 грамма располагается в костном углублении дна черепа, названном турецким седлом. Две доли гипофиза — передняя (аденогипофиз) и задняя (нейрогипофиз) — отличаются строением и функциями.

Бóльшая по размерам передняя доля гипофиза выделяет в кровь шесть тропных гормонов. Один из них — гормон роста, или соматотропный (СТГ) — стимулирует рост скелета, активизирует биосинтез белка, способствует увеличению размеров тела. Если в результате каких-либо нарушений гипофиз начинает вырабатывать слишком много СТГ, рост тела резко увеличивается, развивается гигантизм. В тех случаях, когда повышенное выделение гормона роста происходит у взрослого человека, это сопровождается акромегалией — увеличением не всего тела, а лишь его отдельных частей: носа, подбородка, языка, рук и ног. При недостаточной выработке гипофизом соматотропного гормона у ребенка приостанавливается рост и развивается гипофизарная карликовость.

Остальные пять гормонов: адренокортикотропный (АКТГ), тиреотропный (ТТГ), пролактин, фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ) — направляют и регулируют деятельность других желез внутренней секреции.

Адренокортикотропный гормон стимулирует деятельность коры надпочечников, заставляя ее в случае необходимости более интенсивно вырабатывать кортикостероиды.

Тиреотропный гормон способствует образованию и выделению гормона щитовидной железы тироксина.

Фолликулостимулирующий гормон у женщин способствует созреванию яйцеклетки, а у мужчин стимулирует сперматогенез.

В тесном контакте с ним действует **лютеинизирующий** гормон. Именно благодаря ЛГ у женщин формируется так называемое желтое тело — образование, без которого невозможно нормальное твчение беременности.

В процессах репродукции активное участие принимает также **пролактин,** или **лактогенный** гормон. От этого гормона во многом зависит величина и форма молочных желез; через сложную систему взаимосвязей различных гормонов он стимулирует выработку грудного молока у женщины после родов.

Вот насколько значительно влияние лишь одной передней доли гипофиза!

Однако, являясь верховной железой эндокринной системы, гипофиз сам подчиняется центральной нервной системе, и в частности **гипоталамусу.** Этот высший вегетативный центр постоянно координирует, регулирует деятельность различных отделов мозга, всех внутренних органов. Частота сердечных сокращений, тонус кровеносных сосудов, температура тела, количество воды в крови и тканях, накопление или расход белков, жиров, углеводов, минеральных солей — словом, существование нашего организма, постоянство его внутренней среды находится под контролем гипоталамуса.

Гипоталамус руководит гипофизом, используя и нервные связи, и систвму кровеносных сосудов. Кровь, которая поступает в переднюю долю гипофиза, обязательно проходит через серединное возвышение гипоталамуса и обогащается там гипоталамическими нейрогормонами.

Нейрогормоны — это вещества пептидной природы, которые представляют собой части белковых молекул. К настоящему времени обнаружено семь нейрогормонов, так называемых либеринов (то есть освободителей), которые стимулируют в гипофизе синтез тропных гормонов. А три нейрогормона — пролактостатин, меланостатин и соматостатин,— напротив, тормозят их выработку.

К нейрогормонам относят также **вазопрессин** и **окситоцин.** Продуцируют их нервные клетки ядер гипоталамуса, а затем по собственным аксонам (нервным отросткам) транспортируют в заднюю долю гипофиза, и уже отсюда эти гормоны поступают в кровь, оказывая сложное воздействие на системы организма.

Окситоцин стимулирует сокращение гладкой мускулатуры матки при родах, выработку молока молочными железами. **Вазопрессин** активно участвует в регуляции транспорта воды и солей через клеточные мембраны, под его влиянием уменьшается просвет кровеносных сосудов и, следовательно, повышается давление крови. За то, что этот гормон обладает способностью задерживать воду в организме, его часто называют антидиуретическим гормоном (АДГ). Главной точкой приложения АДГ являются почечные канальцы, где он стимулирует обратное всасывание воды из первичной мочи в кровь. Когда в результате нарушений деятельности гипоталамо-гипофизарной системы продукция АДГ резко снижается, развивается несахарный диабет — мочеизнурение. Его основные симптомы — сильная жажда и повышенное отделение мочи.

Однако не следует думать, что гипоталамус и гипофиз лишь отдают приказы, спуская по цепочке «руководящие» гормоны. Они и сами чутко анализируют сигналы, поступающие с периферии, от желез внутренней секреции. Деятельность эндокринной системы осуществляется на основе универсального принципа обратной связи. Избыток гормонов той или иной железы внутренней секреции тормозит выделение специфического гормона гипофиза, ответственного за работу данной железы, а недостаток побуждает гипофиз усилить выработку соответствующего тропного гормона.

Механизм взаимодействия между нейрогормонами гипоталамуса, тропными гормонами гипофиза и гормонами периферических желез внутренней секреции в здоровом организме отработан длительным эволюционным развитием и весьма надежен. Однако достаточно сбоя в одном звене этой сложной цепи, чтобы произошло нарушение количественных, а порой и качественных соотношений в целой системе, влекущее за собой различные эндокринные заболевания.

И хотя современная медицина владеет гормональными препаратами, с помощью которых удается бороться с нарушением функций эндокринных желез, гормональная терапия и по сей день остается, пожалуй, одной из самых сложных и ответственных областей лекарственной терапии.



О МЕДИЦИНСКОМ И ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ИНВАЛИДОВ И УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ, ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ

Органы и учреждения здравоохранения в последнее время значительно усилили внимание к качеству медицинской помощи, лекарственному обеспечению ветеранов Великой Отечественной войны и воинов-интернационалистов. Расширяется сеть специализированных отделений в многопрофильных больницах для инвалидов и ветеранов войны, более полно удовлетворяются их потребности в санаторно-курортном и восстановительном лечении.

Активизировалась работа по укреплению и развитию материально-технической базы госпиталей для инвалидов войны. Только в 1987 году введено в строй 7 госпиталей и специально построенных корпусов общей мощностью на 900 коек. В 1988 году велось строительство 26 госпиталей и корпусов к ним, в том числе 19 за счет средств Всесоюзных коммунистических субботников.

Принимаются необходимые меры для улучшения медицинской помощи воинам-интернационалистам. Организовано проведение диспансеризации, решаются вопросы их медико-социальной реабилитации. Организуются Центры реабилитации воинов-интернационалистов в передаваемых для этих целей санаторных учреждениях различных ведомств.

Вместе с тем уровень развития сети учреждений здравоохранения, имеющиеся кадровые и материальные ресурсы позволяют уже в настоящее время значительно улучшить медицинское и лекарственное обеспечение ветеранов, в полной мере реализовать преимущества и льготы, установленные решениями правительства.

Этому вопросу было посвящено совместное заседание коллегии Минздрава СССР, Всесоюзного Совета ветеранов войны и труда, ЦК профсоюза медицинских работников. Издан приказ Министерства здравоохранения СССР «О мерах по улучшению медицинского обеспечения воинов-интернационалистов». Подчеркивается, что качественное и полное медицинское обеспечение инвалидов и участников Великой Отечественной войны, воинов-интернационалистов — одна из первоочередных задач органов здравоохранения, которая должна решаться в тесном содружестве с Советским фондом мира, Советским фондом милосердия и здоровья, ВЦСПС, Союзом обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР.

Республиканским, краевым, областным советам ветеранов войны и труда рекомендовано усилить внимание укреплению материально-технической базы госпиталей для инвалидов Отечественной войны, развитию шефских связей с трудовыми коллективами. Предложено организовать ветеранские посты контроля за ходом проектирования, строительства и оснащения госпиталей, добиваться включения вопросов медицинского обслуживания ветеранов войны и труда в региональные программы «Забота».

Начиная с 1989 года, а в последующем каждые 3 года решено проводить Всесоюзный общественный смотр госпиталей для инвалидов Отечественной войны с организацией на базе лучших из них школ передового опыта.

Министерство здравоохранения СССР установило строгий контроль за обеспечением безотказной госпитализации ветеранов, воинов-интернационалистов, приравненных по льготам к инвалидам Отечественной войны, в ведущие клиники страны, крупные многопрофильные больницы, госпитали для инвалидов Отечественной войны.

В целях обеспечения высокого уровня лечебно-диагностического процесса и улучшения качества ухода за больными главным врачам госпиталей для инвалидов Отечественной войны предоставлено право вводить дополнительные должности медицинского персонала. Налажено приоритетное обеспечение госпиталей мебелью, изделиями медицинской техники и санитарным автотранспортом.

Воины-интернационалисты, приравненные по льготам к инвалидам Отечественной войны, пользуются теперь правом внеочередного приема во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях, правом полного и бесплатного обеспечения лекарственными средствами, предметами ухода за больным, лечебными минеральными водами (оплачивается только стоимость посуды), телескопическими очками, перевязочными средствами. Для этих целей используется резерв лекарственных средств, созданный в аптечных учреждениях для инвалидов Отечественной войны.

В Москве на базе ЦНИИ травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова организован научно-методический центр по медицинскому обеспечению ветеранов Отечественной войны и воинов-интернационалистов. В крупных медицинских учреждениях Москвы, Ленинграда, Киева, Караганды, Прокопьевска выделяются специализированные койки для восстановительного лечения и медицинской реабилитации воинов-интернационалистов, имеющих травмы позвоночника с повреждением спинного мозга. Минздрав СССР осуществляет перепрофилизацию санатория «Русь», отрабатывает порядок направления и лечения раненых и утративших здоровье воинов-интернационалистов.

Совместно с ВЦСПС разрабатываются показания для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий воинам-интернационалистам в пансионате «Днепровский» Днепропетровской области Украинской ССР и ряде других.

Приняты меры для своевременного направления на протезирование нуждающихся ветеранов и воинов-интернационалистов. Совместно с Госкомтрудом СССР рассматривается вопрос о возможности установления связи инвалидности с пребыванием на фронте тем участникам Великой Отечественной войны, которые получили ранение в боях при защите Родины и признаны в настоящее время инвалидами по общему заболеванию.

В. Н. ПИЧУГИН,
ответственный секретарь коллегии Минздрава СССР, кандидат медицинских наук

ЕСЛИ МАЛО БИФИДО-БАКТЕРИЙ

Г. И. ГОНЧАРОВА,
доктор
биологических наук



Бифидобактерии — это апатогенные микробы, то есть неспособные вызывать заболевание. Более того, они, можно сказать, сотрудничают с организмом, участвуя в белковом, жировом и минеральном обмене, в выработке витаминов и ферментов. Наконец, они активно продуцируют кислоты, губительные для сальмонелл, стафилококков, возбудителей дизентерии.

В норме бифидобактерии начинают заселять кишечник новорожденного с первых часов его появления на свет и к 5—6-му дню жизни уже становятся в нем преобладающими.

Как только в кишечнике устанавливается высокий уровень бифидофлоры, в нем становится меньше условно патогенных микробов, способных в любой момент стать патогенными. Конечно, часть их всегда остается в организме, но присутствие должного количества бифидобактерий препятствует проявлению их потенциальной агрессивности.

К сожалению, в последние десятилетия ученые наблюдают огорчительный факт: преобладание бифидобактерий в кишечнике стало часто наступать в более поздние сроки, а снижение количества условно патогенных микробов затягивается.

Дефицит бифидобактерий сильнее всего выражен у новорожденных детей, особенно инфицированных внутриутробно в связи с воспалительными или иными заболеваниями матерей и леченных антибиотиками уже с первых дней жизни. У них, почти как правило, развивается дисбактериоз — нарушение нормального соотношения бактерий в кишечнике.

Дисбактериоз создает благоприятный фон для развития длительных кишечных расстройств со всеми их неприятными последствиями. Без нейтрализующего действия бифидобактерий и некоторых других полезных микроорганизмов, в частности, лактобацилл увеличивается количество микробов с агрессивными свойствами — стафилококков, протея, грибов. Токсины, которые они вырабатывают, способны повышать чувствительность организма, провоцируя тем самым развитие диатеза и в немалой степени хронических заболеваний органов пищеварения.

Почему же нарушились естественные процессы образования бифидофлоры? В значительной мере это отражение изменений, происходящих в окружающей среде, в том числе и в так называемом микробном пейзаже. Те из микробов, которые сумели приспособиться к воздействию многочисленных химических препаратов, в том числе антибиотиков, размножаются быстрее и вытесняют тех, у которых приспособляемость оказалась хуже. А бифидобактерии как раз очень чувствительны к антибиотикам. Широкое применение этих препаратов нарушило гармоничное соотношение микрофлоры у миллионов людей. И новорожденный сейчас нередко попадает в окружение, «бедное» бифидобактериями.

А на предметах обихода, на руках окружающих ребенка взрослых людей всегда есть большее или меньшее количество стойко выживающих условно патогенных и даже патогенных микробов. И, если бифидобактерий недостаточно, они беспрепятственно заселяют кишечник.

Одна из мер профилактики такого нашествия — раннее прикладывание к груди. Близкий контакт с матерью в первые же часы и дни жизни создает условия для перехода бифидобактерий от нее к ребенку. Главное же преимущество состоит в том, что материнское молоко содержит особые вещества, способствующие росту бифидобактерий. Этих веществ нет не только в молочных смесях, но даже и в пастеризованном донорском молоке.

Равновесие микробной флоры может нарушиться после лечения антибиотиками, особенно у детей, вскармливаемых искусственно.

Конечно, при некоторых тяжелых заболеваниях эти препараты необходимы, и врачи назначают их строго по показаниям, то есть тогда, когда без них уже не обойдешься. А мамы, бывает, растерявшись при внезапном подскоке у ребенка температуры, насморке или кашле, спешат на всякий случай дать ему таблетку антибиотика. На ход болезни это не влияет, но наносит удар по бифидобактериям — верным защитникам и стражам здоровья.

Дисбактериоз часто развивается у детей, склонных к респираторным заболеваниям. И, надо сказать, в этих случаях трудно определить, что причина, а что следствие. Нарушение нормальной микрофлоры кишечника, понижая общую устойчивость организма, способствует развитию ОРВИ, а воздействие лекарственных препаратов, да и самих вирусов разрушает бифидофлору.

Как же вернуть ребенку потерянные (или вообще не полученные) бифидобактерии? К счастью, такая возможность есть.

Сейчас созданы препараты, содержащие бифидобактерии. Они способствуют восстановлению нормальных соотношений микрофлоры кишечника и оказывают хорошее действие при расстройствах кишечника, обусловленных дисбактериозом или отягощенных им.

Бифидумбактерин сухой, разработанный нами еще в 1967 году, выпускается в Москве, Горьком, Перми, Тюмени, Ташкенте, Тбилиси. Опыт показал, что этот препарат полезно давать и с профилактической целью детям, которых приходится рано переводить на искусственное вскармливание, недоношенным, ослабленным; его применяют в комплексе с другими средствами при лечении анемии, сепсиса, пневмонии, назначают детям, перенесшим дизентерию и сальмонеллез.

Если врач прописал вашему ребенку бифидумбактерин, отнеситесь к этому средству с доверием, запомните правила его применения. Эффект будет зависеть от того, насколько аккуратно вы станете их выполнять. Грудным детям бифидумбактерин дают перед самой едой, детям старшего возраста — за 20—30 минут до еды.

Если флакончик содержит 5 доз, а вам нужно 2,5, как быть? Возьмите чистую стеклянную лопаточку (они продаются в аптеке) и разделив сухое вещество пополам, переложите половину в чистую чашечку. Оставшуюся часть храните во флакончике под резиновой пробкой в холодильнике не более 2 суток.

Привыкания к бифидумбактерину не происходит, никаких побочных явлений от его применения не зарегистрировано.

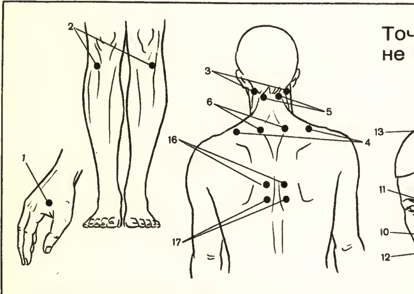


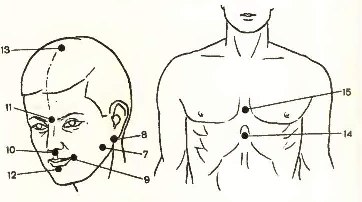
Распечатайте флакончик, залейте содержащееся в нем сухое вещество кипяченой водой комнатной температуры, а для малыша, находящегося на грудном вскармливании,— грудным молоком. Готовьте раствор непосредственно перед употреблением!



Точечный массаж при заикании

А. И. НАЗИЕВ, врач-рефлексотерапевт,
Л. Н. МЕЩЕРСКАЯ, кандидат педагогических наук





Точечный массаж делайте не более 30—40 минут.

В последнее время специалисты все чаще используют рефлексотерапию для лечения заикания. Воздействуя на определенные точки акупунктуры, удается снять повышенную возбудимость речевых центров, восстановить нарушенную нервную регуляцию речи.

Родителям, чьи дети заикаются, мы предлагаем освоить навыки точечного массажа, который в отличие от иглорефлексотерапии можно делать самим в домашних условиях.

Настройтесь на длительное лечение, рассчитанное на несколько курсов. Их проводят в такой последовательности: между первым и вторым курсами — интервал 2 недели; между вторым и третьим — от 3 до 6 месяцев. В дальнейшем курсы повторяют в течение 2—3 лет через каждые полгода. Курс включает 15 процедур, причем первые 3—4 процедуры проводят ежедневно, а последующие — через день.

В зависимости от степени нарушения речи, от формы заикания эффект точечного массажа может быть различным. Бывает, что уже после первого курса наступает некоторое улучшение, а иногда после второго или третьего. Но это не означает, что лечение надо прекращать: повторение процедур необходимо для закрепления достигнутого результата. Если же после второго, третьего курса точечного массажа вы не заметили улучшения, не отчаивайтесь, наберитесь терпения. Имейте в виду, что в перерыве между курсами возможно даже ухудшение — заикание усиливается. В этом случае начинайте повторный курс массажа, не дожидаясь, пока истекут шесть месяцев.

Точечный массаж при заикании не имеет возрастных ограничений: чем раньше вы начнете делать его ребенку, тем выше эффект. Заметим в скобках, что взрослый человек, страдающий заиканием, тоже может справиться с этим недугом, применяя такой самомассаж.

При заикании используется так называемый успокаивающий метод воздействия. Вы надавливаете на точку акупунктуры подушечкой большого, среднего или указательного пальца плавно и медленно, вращательным движением по часовой стрелке, в течение примерно полминуты увеличивая силу давления. Но делаете это так, чтобы не оставалось заметной ямки на теле. Потом слегка ослабьте давление, не убирая палец, затем опять надавливайте сильнее и так 3—4 раза в течение 3—5 минут. Надавливание не должно быть резким.

В первый раз, для того чтобы найти правильно нужную точку, нащупайте ее сначала кончиком пальца и надавите: у ребенка должно возникнуть ощущение специфической боли или ломоты. Такое ощущение называют предусмотренным или преднамеренным. Оно сигнализирует о том, что точка акупунктуры найдена. В процессе массажа ни чувства боли, ни ломоты у ребенка возникать не должно.

Если при воздействии на ту или иную точку ма́лыш жалуется на боль, надо массировать ее более нежно, осторожно; если же возникнет головокружение, прекратите массаж.

Ребенок во время точечного массажа обязательно должен быть спокойным, расслабленным. Если он устал или возбужден, пропустите процедуру. Нельзя проводить ее натощак или сразу после еды. Не надо давать ребенку крепкий чай, кофе. Это возбуждает нервную систему и снижает эффект массажа.

Начинайте курс и каждую процедуру с массажа точек 1 и 2. Воздействуя на них, вы повышаете защитные силы организма. На рисунке видно, что точка 1 находится на тыльной стороне кисти, а точка 2 на голени, на расстоянии двух сантиметров от переднего края большеберцовой кости. Точку 1 массируйте поочередно на левой и правой руке, а точку 2 — одновременно на обеих ногах, ребенок при этом сидит, слегка вытянув ноги.

В первые два дня воздействуйте только на эти точки. Потом, делая третью и четвертую процедуру, массируйте одновременно слева и справа еще и симметричные точки 3 и 4 шейно-воротниковой области. Проводя пятую и шестую процедуры, массируйте точки 5 и 6, также с обеих сторон.

С седьмой процедуры начинайте массировать точки на лице и голове — по две в день. На точки 7, а затем и 8 воздействуйте одновременно. Точки 9 расположены на расстоянии одного сантиметра от угла рта; во время массажа этих точек ребенок должен слегка приоткрыть рот. Последовательно начинайте массировать и другие точки.

Если у ребенка нарушена не только артикуляция, но и ритм дыхания, советуем воздействовать на точки 14, 15, а во время следующего сеанса добавить 16 и 17. Симметричные точки 16 и 17 массируйте одновременно.

При воздействии на точки 3, 4, 5, 7, 8, 13, 16, 17 ребенок должен сидеть, во время массажа точки 6 — лежать на животе, а точек 9, 10, 11, 12, 14, 15 — сидеть или лежать на спине.



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ! С ЭТОГО НОМЕРА МЫ ОТКРЫВАЕМ РУБРИКУ «ВНИМАНИЕ, МАМЫ!». ЕЕ МАТЕРИАЛЫ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО, МЕСЯЦ ЗА МЕСЯЦЕМ, ПОЗНАКОМЯТ ВАС С ПРАВИЛАМИ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ ДО ГОДА, РАССКАЖУТ О ЕГО ПИТАНИИ, РЕЖИМЕ ДНЯ, ВОСПИТАНИИ.

Широкое пеленание

Перепеленать — вот первое, что вам придется сделать, как только вы привезете ребенка домой. Ведь наверняка пеленки у него уже мокрые и он плачем требует их смены.

Вы развернули малыша, он тут же согнул ножки в коленях, раскинул их и лежит, как лягушонок. Вы пробуете их выпрямить, а малыш, проявляя неожиданную для вас энергию, сопротивляется...

Не усердствуйте! Ребенок совершенно прав. Естественная, физиологическая поза — самая полезная для него.

Тугое пеленание с вытянутыми «по швам» ручками и выпрямленными ножками затрудняет дыхание и пищеварение, провоцирует появление опрелостей. А у детей, родившихся с недоразвитием тазобедренного сустава (а таких, к сожалению, много) оно может способствовать вывиху бедра. Не случайно же у народов, у которых не принято пеленать детей, врожденный вывих бедра встречается крайне редко.

Чтобы связь между вывихом бедра и способом пеленания стала для вас более очевидной, представьте себе тазобедренный сустав: он подобен шарику, вложенному в полукруг. Шарик — головка бедра, полукруг — вертлужная впадина. Сустав для большей надежности одет, как чехлом, эластичной, но достаточно прочной капсулой, так что шарик при всей своей подвижности не выходит из пределов впадины.

Но в недоразвитом суставе капсула, особенно в задней и верхней части, еще слишком тонка, а свод полукруга, его «крыша» не достигает нужного размера. И если вы каждый раз выпрямляете ножки ребенка и туго пеленаете их, мышцы, сгибающие бедро, натягиваются, кости сдавливаются. В натянутых мышцах и сдавленных суставных хрящах ухудшается циркуляция крови и лимфы, замедляются обменные процессы, а значит, замедляется и рост.

Но это еще не все. Натяжение мягких тканей увеличивает взаимное давление суставных поверхностей. Головка бедра начинает перемещаться в сторону недоразвитой «крыши» и, не встречая достаточного сопротивления, в конце концов выскакивает из вертлужной впадины. Это и есть вывих бедра. Теперь, чтобы ребенок не стал хромать, потребуется долгое и обременительное лечение, а иногда и операция.

Вы этого, конечно, не хотите! Тогда освойте так называемое широкое пеленание, при котором ребенок сохраняет естественную для него позу.

Премудрость невелика. Положите малыша на приготовленный набор белья — фланелевая пеленка, легкая пеленка, подгузник. В качестве подгузника можно использовать обычную большую пеленку, сложив ее по диагонали. Острые ее углы направлены в стороны, а прямой — книзу. **Не меняя положения раскинутых ножек ребенка,** боковыми концами подгузника поочередно оберните одно, а затем другое бедро (сбоку, спереди, с внутренней стороны, сзади), а нижний его угол закиньте вверх, до уровня пупка. Можно проложить между ножками еще и небольшую скомканную пеленку. Нижний край больших пеленок загибается наверх, до подмышек, а затем уже можно пеленать, как обычно.

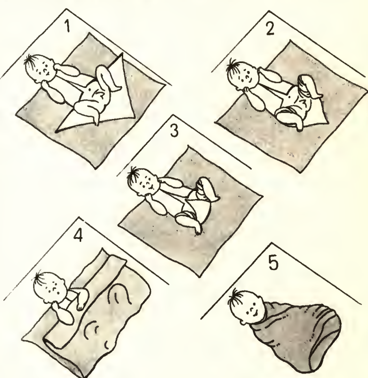
Есть и более простой способ: между ножками вместо подгузника прокладывается в несколько раз сложенная в длину байковая пеленка. Зафиксировать ее можно легким марлевым подгузником.

В любом случае важен принцип: чтобы ножки были раскинуты и полусогнуты в коленях, то есть ребенок в пеленках лежал свободно, так, как он обычно лежит раздетым.

Такая поза создает наиболее благоприятные условия для развития тазобедренного сустава и полностью исключает возможность вывиха. Широкое пеленание полезно всем детям, его с полным правом можно назвать не только лечебным, но и профилактическим.

Существует предубеждение, будто выпрямлять и туго заворачивать ножки ребенка надо для того, чтобы они не были кривыми. Как ортопед могу вас заверить: пеленание здесь ни при чем. Голени чаще всего искривляются из-за рахита, и участковый педиатр обязательно расскажет вам, какие профилактические меры принять, чтобы у ребенка не развилось это заболевание.

И. И. ХИЖКО,
кандидат медицинских наук
Чернигов



Что нужно новорожденному ребенку?

Пеленки, распашонки, одеяльце, кроватка, коляска, ванночка — традиционное имущество новорожденного, которое приобретается прежде всего. Но существуют совершенно необходимые мелочи, о которых вы могли забыть. Проверьте еще раз, есть ли у вас:

1. Детский крем или флакончик с простерилизованным растительным маслом. Простерилизовать его просто: поставьте на плиту кастрюлю с холодной водой, опустите в нее флакончик так, чтобы уровень воды был не ниже масла, дайте закипеть, оставьте в тихо кипящей воде минут на 20—30.

2. Самый маленький (№ 1) баллончик для клизмы.

3. Две-три соски-пустышки (то и другое надо вымыть и прокипятить).

4. Бутылочка с разведенным в ней перманганатом калия (марганцовкой) — этот раствор надо будет в первые 10—15 дней добавлять в воду для купания.

5. Вата. Заранее скатайте 20—30 небольших шариков, которые потребуются для умывания ребенка, и 10—15 мягких жгутиков для очищения носа. Все это, как и соски, должно лежать в чистой, сухой стеклянной банке с крышкой.



Предметы туалета ребенка удобно держать на пеленальном столе. У вас нет такого? Не беда, приспособьте на время обеденный или письменный стол, накрыв его байковым одеялом, а сверху простыней. Сбоку поставьте бутылочки, банки, сложите стопками белье, которое понадобится на день, и тогда в нужный момент все у вас будет под рукой.

Интимная близость — апогей любви, физическое воплощение стремления к полному слиянию с любимым человеком. Она лежит в основе супружеского союза, скрепляет его.

Анализ причин разводов свидетельствует: сексуальные расстройства могут быть разрушительны для брака. Но в чем их первопричина?

Сексопатолог часто слышит исповедь: я люблю своего мужа (или жену), но у нас не ладится интимная жизнь. Дело доходит до развода... В таких случаях невольно думаешь: а любят ли они друг друга? И не потому ли не ладится, что нет любви?

Наш опыт позволяет утверждать, что анатомической несовместимости супругов не существует. Дисгармония возникает не потому, что у одного из двоих есть какие-либо анатомические или физиологические особенности, а потому, что второй не понял, не приспособился...

Если это произошло из-за сексуальной безграмотности — все еще поправимо, но если из-за отсутствия истинной любви, из-за эгоизма, желания только получать, а не отдавать, тогда почти наверняка гармония не будет достигнута.

Нередко врач сталкивается с такой ситуацией: мужчина любит девушку, они должны вступить в брак, но вот при первой их близости он оказался несостоятельным, и невеста с раздражением сказала ему: ты, наверно, импотент.

А молодой человек был совершенно здоров. И врачу пришлось объяснить ему, что подобные срывы происходят часто, что они могут быть связаны с неуверенностью в себе, волнением, с любыми случайными обстоятельствами. И если женщина деликатно сгладит возникшую неловкость, неудача не повторится.

Нашему пациенту потребовалась всего-навсего одна беседа с психотерапевтом. И речь в ней, конечно, шла лишь о его здоровье. А очень хотелось сказать: подумай еще раз, подумайте оба! Женщина, не удержавшаяся от упрека в первый заветный час, не сумевшая понять, станет ли преданной и нежной женой? И тот, к кому у нее не возникло сочувствия, чья неудача только раздражала, есть ли для нее единственно необходимый человек?

Понятие «половая жизнь» значительно шире, чем просто половой акт. Любые формы телесного контакта, продиктованные желанием, относятся к половой жизни. Как изъять, исключить из интимных отношений умение ласкать, проявлять нежность, говорить о своей любви, восхищаться любимым человеком? Именно в этом — камертон, создающий начало гармонии.

Для будущей супружеской жизни очень важно, чтобы и юноша (особенно юноша!), и девушка прошли школу первой влюбленности, ухаживания, эротических грез, поклонения объекту любви...

Если предшествовавший браку сексуальный опыт мужчины исчерпывался случайными, поспешными связями, у него нередко закрепляется стереотип «перескакивать» через духовное общение, через радость сексуальной игры, прелюдии близости, формируется стремление только к оргазму. И потом, даже в браке с любимой женщиной, срабатывает этот же стереотип...

Но удовлетворение одного лишь инстинкта постепенно снижает силу влечения, обедняет половую жизнь супругов. И, конечно, не способствует пробуждению чувственности женщины. Больше того, может навсегда лишить ее сексуальности.

Есть еще одно обстоятельство, которое называют печальным призраком первой брачной ночи. Если в брак вступает девушка, мужчина ждет, что дефлорация будет сопровождаться кровотечением. А кровотечения нет... И начинаются уличения в обмане, допросы: «Кто? Когда?» Молодая жена потрясена не меньше мужа — она и сама ждала боли и крови.

Причина обычно в особенностях гимена (девственной плевы). Гимен может иметь такую структуру, при которой он растягивается, не разрываясь. И, надо сказать, что в последнее время, возможно, в связи с акселерацией именно такое строение гимена встречается чаще.

Хорошо, что сейчас большинство молодых людей стремится получить знания о психологии и физиологии половой жизни. Они необходимы. Но без любви, без способности к резонансному контакту, к эмпатии, то есть умению воспринимать, чувствовать настроение другого человека, одни только знания ничего не дадут.

Более того, как ни парадоксально, владение «техникой секса» может подчас не создавать, а разрушать гармонию, если владеющий техникой эгоистичен и стремится получить максимум острых ощущений для себя и только для себя!

В кабинете сексопатолога нередко заходит разговор о диапазоне приемлемости в интимной близости. И надо сказать, что в этой чрезвычайно тонкой области взаимоотношений мужчины и женщины нет четких границ и единых для всех норм. Это поистине тайна двоих. Ориентир здесь один: нормально то, что соответствует желаниям обоих, что не вредит здоровью, не вызывает ни у одного из двоих смущения, неловкости.

Каждому человеку в большей или меньшей степени свойственно присутствие в сознании некоего внутреннего контролера, стремление оценивать свое поведение в соответствии с собственными представлениями о том, что и как надлежит делать, а чего делать нельзя. Ясно, что эти представления диктуются моральными нормами, принятыми в обществе, воспитанием, складом личности. При полном доверии к любимому человеку проблем обычно не возникает.

Молодым супругам следует знать: разврат, извращение — это не расширение диапазона ласк, не разнообразие поз интимной близости, а бездуховная, случайная связь только ради достижения сексуальной разрядки. Никакие ласки, доставляющие наслаждение любимому человеку, не могут быть извращением. И те же ласки, если они ему неприятны, воспринимаются как неприемлемые, унижающие — это уже не норма, а патология.

И прав, вероятно, немецкий сексопатолог Зигфрид Шнабль, сформулировавший проблему так: «Решающим для определения полового действия как нормального или ненормального является не метод, которым пользуются партнеры, а мотив и результат. Вопрос стоит так: может ли половое действие доставить обоим наслаждение, радость, счастье и удовлетворение, углубить и обогатить любовь, упрочить связь и содействовать возвышению чувств? Если ответ положительный, то, в какой бы форме ни совершался половой акт, он является нормальным».

Читая лекции, мы часто получаем записки с просьбой: «Назовите эрогенные зоны женщины». Конечно, ответ не для широкой аудитории, ибо все это очень индивидуально. Если у мужчин основная эрогенная зона — область половых органов, то у женщины этой зоной может быть любая часть тела. Женщина неповторима. Воздействие, возбуждающее одну, безразлично, неприятно и даже снижает возбуждение у другой. Но яркой эрогенной зоной почти у всех является ухо. Мы имеем в виду не столько буквальное понятие (мочка уха), сколько то, что нежное слово, сказанное шепотом, может возбуждать, располагать к интим-



Фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА

АПОГЕЙ

ному контакту сильнее, чем прикосновение...

В первые месяцы брака половая жизнь, как правило, интенсивна. Но есть у этого периода своя особенность: чем моложе мужчина, чем сильнее его половая конституция и чем желаннее для него близость, тем быстрее наступает семяизвержение, тем короче половой акт.

Иногда это становится предметом тревоги молодого мужа. Но тревожиться нет причины. Природа мудра: именно в этот период у молодых женщин преобладает платоническое и эротическое влечение. Пока не проснется зрелая сексуальность, красивая прелюдия полового акта для них не менее, а чаще и более приятна, чем сам акт, а продолжительность его безразлична.

Следует мужчинам знать и то, что тревоги по поводу недостаточной, с их точки зрения, эрекции нередко совершенно напрасны и что холодность женщины не может объясняться этой причиной. Глубокие отделы влагалища чаще вообще нечувствительны, эротические импульсы генерируются не в его стенках; у каждой четвертой женщины чувствительна только область клитора.

Гармония интимной жизни может создаваться не сразу: нужно время, чтобы научиться чувствовать друг друга, преодолеть психологические барьеры.

Основной признак сексуальной зрелости мужчины — переход от ежедневных повторных половых актов на ритм 1—3 раза в неделю. Устанавливается и их нормальная продолжительность — от 1,5 до 5 минут.

Хотя понятие нормы в этой области и очень растяжимо, ритм 1—3 раза в неделю наиболее естествен, он носит название условно-физиологического. Установившись в первые недели или первые годы супружества, он может сохраняться до старости.

Однако надо сказать, что в возрасте после 60—65 лет иногда достаточно прекращения интимной близости на месяц, чтобы половая функция уже не восстановилась. А сохранение ее все-таки желательно. Она способствует повышению общего тонуса, дает ощущение полноты жизни.

И. Л. БОТНЕВА,
В. М. МАСЛОВ,
научные сотрудники
Всесоюзного
научно-методического
центра по вопросам
сексопатологии

КАК САМИМ СНЯТЬ ЗУБНУЮ БОЛЬ

Ю. Г. ЮЖАНИН,
врач-стоматолог

Бывает, что у человека заболел зуб, а он находится вдали от населенного пункта и попасть к стоматологу сможет только через сутки, а то и позже. Чаще всего такое случается у чабанов, оленеводов, охотников, лесорубов, рыбаков, туристов, геологов, водителей транспорта. Но есть простые средства, с помощью которых можно снять или хотя бы уменьшить зубную боль. Это не избавляет, конечно, от необходимости при первой же возможности пойти к врачу, так как боль в зубе свидетельствует об образовании кариозной полости или развившемся пульпите. И если на этой стадии не обратиться к врачу, может начаться периодонтит, остеомиелит и другие осложнения, представляющие даже угрозу для жизни.

Итак, если заболел зуб, а к специалисту обратиться в данный момент нет возможности, посмотрите, нет ли у вас с собой таблетки амидопирина, анальгина или ацетилсалициловой кислоты (аспирина). Примите по одной таблетке любого из зтих средств 3 раза в день. Или, очистив полость зуба от пищевых остатков с помощью спички, зубочистки, положите в полость часть размельченной таблетки аспирина, прикрыв сверху ватным тампончиком.

С успехом можно использовать для снятия зубной боли смесь соли, чеснока и лука. Из чеснока и лука приготовьте кашицу, добавьте в нее соль (все возьмите в равных частях, например, по четверти чайной ложки), тщательно перемешайте. На дно очищенной от пищевых остатков полости в зубе положите смесь, сверху прикройте ватным тампончиком. Соль способствует оттоку экссудата, образующегося на месте воспаления, а в луке и чесноке присутствуют сильные фитонциды, губительно действующие на бактерии.

Помогает избавиться от зубной боли и прополис (пчелиный клей). Небольшой кусочек прополиса положите в очищенную полость зуба. Биологически активные вещества, содержащиеся в прополисе, обладают противовоспалительным и обезболивающим действием.

Снять зубную боль можно, надавливая в течение 3—4 минут на точку, расположенную в углу ногтевой пластинки с наружной стороны указательного пальца.

Есть и другой способ. Если у вас заболел зуб слева (не имеет значения, верхний или нижний), то приложите разрезанную дольку чеснока к точке, где прощупывается у запястья пульс на правой руке, и зафиксируйте ее лейкопластырем или бинтом. Срезанная часть чеснока должна быть обращена к коже. А если болит зуб справа, чеснок фиксируется к месту, где прощупывается пульс на левой руке. Этот способ очень эффективен.



Немецкие ученые предлагают любопытное и неожиданное средство при зубной боли — приседания, утверждая, что приседания действуют немедленно и более зффективно, чем даже болеутоляющие таблетки.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПО ГЕОФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ДНИ

Февраль



ПН					
ВТ			14		
СР		8	15	22	
ЧТ		9			
ПТ					
СБ				25	
ВС					

В связи с публикацией медицинских прогнозов читатели часто задают вопрос: «Какие физические упражнения могут помочь ослабить метеотропные реакции?»

Интерес этот вполне справедлив. Физическая активность — одно из наиболее универсальных средств повышения резервных возможностей организма. Под влиянием систематических физических мышечных нагрузок улучшается работа сердечной мышцы, органов дыхания, печени и почек, изменяются обменные процессы, повышается иммунная защита. Доказано, что эффективность физических упражнений связана с активизацией восстановительных процессов за счет лучшего кровоснабжения органов, ускоренного выведения из организма конечных продуктов обмена веществ, усиления координирующего влияния нервной и эндокринной систем. Исследования ученых подтверждают особую роль физической тренировки в повышении устойчивости человека к низким температурам, перегреванию, низкому содержанию кислорода, другим экстремальным факторам среды. Поэтому для предупреждения нежелательных метеотропных реакций можно рекомендовать любые оздоровительные комплексы упражнений.

В подстройке внутренних процессов в соответствии с изменяющимися внешними условиями велика роль правого полушария головного мозга, о чем мы уже говорили ранее. Функциональная активность правого полушария, а значит, и возможность быстро адаптироваться к зкстремальным геофизическим возмущениям могут быть усилены и определенными физическими упражнениями. Более всего этим требованиям отвечает восточная гимнастика тайцзицюань. Упражнения выполняются медленно, ненапряженно, с некоторым расслаблением всех мышц. Они подобраны методом проб и ошибок в течение многих веков и программируют наш мозг, наше тело на повышение устойчивости организма силам природы. Обучиться этому комплексу и выполнять его не поздно, даже приближаясь к столетнему юбилею.

Познакомьтесь с некоторыми упражнениями гимнастики тайцзицюань и найдите время регулярно их выполнять. Скоро вы убедитесь, что делаете зто не зря.

В. И. ХАСНУЛИН,
кандидат медицинских наук

Новосибирск



ГИМНАСТИКА ТАЙЦЗИЦЮАНЬ

Помимо повышения устойчивости к метеотропным воздействиям, гимнастика тайцзицюань широко применяется в Китае при лечении некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы и нервных болезней, а также болезней органов желудочно-кишечного тракта. Особенно же в большом объеме эту гимнастику рекомендуют народные врачи Китая в период выздоровления. Гимнастика тайцзицюань — эффективное средство профилактики расстройств и нарушений, возникающих в старческом возрасте. Предлагаемые упражнения взяты из книги профессора Г. И. Красносельского, который изучал тайцзицюань в Китае.

1. Исходное положение (и.п.) — стоя на слегка расставленных и полусогнутых ногах. Руки полусогнуты в локтях и выставлены вперед, ладони раскрыты, повернуты друг к другу, пальцы разведены, голова слегка опущена.

Выполнение упражнения: попеременное качание туловища в стороны с переносом центра тяжести тела с одной ноги на другую, с одновременным медленным плавным отведением одной руки в противоположную сторону (имитация отталкивания ладонью от воображаемой стены). Вторая рука делает плавное вращательное движение в кисти, постепенно поворачивая ладонь кверху, как бы подвет воображаемое блюдо **(рисунок 1).** Движение повторяется ритмично то в одну, то в другую сторону. Отводить руку можно и в сторону наклона, и в противоположную.

2. И.п. — стоя на слегка расставленных и полусогнутых ногах, руки полусогнуты в локтях, слегка разведены в стороны и вытянуты вперед, кисти разогнуты, повернуты ладонями вниз, пальцы разведены, голова полуопущена.

Выполнение упражнения: винтообразное, медленное вращение туловища в обе стороны с одновременным плавным продвижением рук за спину в сторону поворота. Вращение осуществляется в основном в поясничной области и напоминает движения косца **(рисунок 2).**

3. И.п. — стоя на слегка расставленных и полусогнутых ногах, туловище расслаблено и слегка согнуто в пояснице, голова опущена, руки расслаблены и висят вдоль туловища.

Выполнение упражнения: попеременный подъем полурасслабленной ноги, согнутой в колене, с одновременным подъемом одноименной расслабленной руки. Расслабленная, висячая кисть поднимается до уровня головы, за ней следует одноименная согнутая, расслабленная нога. Между поднимающейся кистью и коленом как бы имеется связующая нить. Во время подъема руки и ноги голова слегка откидывается назад **(рисунок 3).**

4. И.п. — стоя на полусогнутой правой ноге, откинувшись назад, левая нога выпрямлена, руки согнуты в локтях, ладони открыты кнаружи, пальцы расставлены в стороны.

Выполнение упражнения: качание туловища с последующим перенесением центра тяжести тела вперед на противоположную ногу (выпад вперед). В фазе движения кисти рук опустить до уровня живота, повернув ладони кверху, и медленно, плавно произвести выпад вперед, постепенно перенося центр тяжести тела с правой ноги на левую. Во время выпада вперед полусогнутые в локтях руки одновременно выводятся вперед и поворачиваются постепенно в ходе движения ладонями кнаружи. Оттолкнувшись ладонями от воображаемой стены, откинуться назад и постепенно перенести центр тяжести тела опять на правую ногу и проделать обратный цикл движений руками до и. п. То же — в другую сторону **(рисунок 4).**



5. И.п. — сидя на стуле (табурете) с расставленными в стороны ногами и максимально согнувшись вперед (фаза выдоха). Обе руки полусогнуты в локтях, слегка разведены в стороны, кисти слабо сжаты в кулаки, указательные пальцы вытянуты.

Выполнение упражнения: сделав глубокий вдох, одновременно медленно выпрямиться, слегка поворачиваясь в сторону, разводя руки в обе стороны и поднимая согнутую ногу до положения параллельно полу и несколько выше.

При разведении рук в стороны ладони постепенно раскрываются и поворачиваются наружу. Поворачиваться надо в сторону поднимаемой ноги **(рисунок 5).**

Окончив занятия, походите по комнате, спокойно дыша, 3 — 5 минут.

Выполняйте упражнения мягко и медленно сначала в течение 10 минут. И постепенно доведите (прибавляя по минуте в неделю) продолжительность занятий до 30 минут. В зависимости от самочувствия между упражнениями делайте паузу для отдыха от 15 до 40 секунд. Для людей старше 60 лет частота сердечных сокращений во время занятий не должна увеличиваться более чем на 50 % от исходного уровня. А люди более молодого возраста должны ориентироваться по самочувствию.

Делайте гимнастику тайцзицюань утром (вместо зарядки) и вечером, за 1,5—2 часа до сна.

Н. Н. БАЛАШОВ,
инструктор-методист,

М. А. ЧЕРНЫШЕВ,
кандидат медицинских наук



«В последнее время много говорят и пишут про здоровый образ жизни. Но о каком здоровье может идти речь, когда подросток в нашем городе живет в постоянном страхе. Подростковые группировки (их у нас называют «конторами») поделили весь город на сферы влияния. И не дай бог подростку оказаться на «чужой» территории. Да и на «своей» ему несладко приходится, если он не состоит в такой «конторе» (у нас говорят, «не мотается»). Избить могут в любое время дня.

Нельзя ли, чтобы кто-то из руководителей таких молодежных объединений выступил на страницах вашего журнала и рассказал, чего они хотят от наших детей».

Л. М., мать троих детей, Казань.

ДВОРОВЫЙ КОРОЛЬ

ФОТО М. ВЫЛЕГЖАНИНА

Пригласить лидера на откровенный разговор оказалось не простым делом. Как выяснилось, на учете в правоохранительных органах они не состоят. И молодежные группировки не афишируют своих главарей. «Конторы», наоборот, тщательно скрывают их.

Откуда же и почему взялись на казанской земле эти «конторы»? На этот вопрос мне помогла найти ответ Л. И. Колесникова, корреспондент газеты «Вечерняя Казань», занимающаяся проблемами молодежи.

Однажды средние по способностям подростки захотели, чтобы их заметили. А так как они были средними, то ничего лучше не придумали, как отличиться странностью одежды. В начале восьмидесятых в новых микрорайонах Казани появились подростки, одетые в телогрейки чуть ли не до пят, в надвинутой на глаза вязаной шапочке с помпоном, на ногах — суконные ботинки, кем-то метко прозванные «прощай, молодость».

Подростки называли себя «основными». Над ними посмеивались. Заволновались только тогда, когда подростки принялись воевать за престиж своей улицы. Группы росли, как грибы после дождя. А драки случались между ними все чаще.

Сегодня, по данным социологической лаборатории Казанского университета, в городе 96 группировок, объединяющих каждого пятого несовершеннолетнего. Это стало похоже на массовый психоз, на повальное добровольное сумасшествие. В результате бессмысленной вражды между подростковыми группировками, поделившими Казань на «свою» и «чужую» территории, ежегодно обрывается 3—7 мальчишеских жизней.

Социологи отмечают, что в подростковые объединения широко проникла так называемая криминальная субкультура.

— Это значит,— объясняет заведующий лабораторией социологических исследований Казанского университета А. Л. Салагаев,— уголовная романтика, кодекс чести вора в законе, жаргон «деловых» людей больше при-

влекают казанских мальчишек, нежели клубы десантников, парашютные секции, авиамодельные кружки и театральные студии.

Давно исчезли нелепые телогрейки и шапочки с детским помпоном, в которых щеголяли члены казанских «контор» в начале восьмидесятых. Современный «гопник» — так они теперь себя называют — носит дорогую куртку «аляска», дорогую фирменную шапочку и ботинки «саламандра». «Растят» «гопника» со второго, а то и с первого класса школы. «Растят» на примерах взаимопомощи и взаимовыручки. Самый маленький в «конторе» знает: только позови, группировка встанет за него горой. Этим она и привлекательна для мальчишек.

— Сегодня в Казани проблемами подростковых объединений занимаются все: и милиция, и школа, и комсомол, и трудовые коллективы...— рассказала Л. И. Колесникова.— Хочется надеяться, что совместными усилиями удастся сдвинуть дело с мертвой точки. Хотя пока больше разговоров, чем дела. Обсуждений и рассуждений...

Мне удалось встретиться и поговорить с несколькими «лидерами» (чаще их называют «авторами») казанских молодежных группировок. На встречи ходил я, так как мужчине это сподручнее. Одну из бесед я предлагаю вниманию читателей. Откровенность «лидера», правда, до определенных пределов, объясняется тем, что по семейным обстоятельствам он собирается уехать из Казани. И, по его словам, «завязать с конторами».

Передо мной сидел молодой человек лет 20—23, с обыкновенной внешностью. Разве что заметно мускулистая шея выдавала борца-средневеса.

Я попросил «автора» рассказать, как и когда он попал в группировку.

— Это в шестом классе было. Я тогда уже борьбой занимался. Классической. Но «мотаться» не ходил. В группировке нашего микрорайона, значит, не участвовал. Однажды пошел с другом в кино. А там возле кинотеатра место сбора другой «конторы». А мы не знали. Ну, к нам и пристали. Человек тридцать. Обступили.

— Где живете? — спрашивают.— За кого «мотаетесь»?

— А мы сами по себе,— отвечаем.— Некогда нам «мотаться»...

— А деньги,— спрашивают,— есть?

У нас с собой тогда рублей восемь было. Деньги отобрали. Да еще и по шее надавали. И так мне обидно тогда стало, что заревел даже.

А «мотальщики» из нашего микрорайона смеются.

— Что,— говорят,— по-прежнему не хочешь к нам? Так быть же тебе битому и впредь!

Через месяц история повторилась. Мне досталось уже от другой «конторы», когда я провожал девчонку. Да так, что я попал в больницу с сотрясением мозга.

После этого я не выдержал и пришел в группировку нашего микрорайона. Все, говорю, принимайте меня в свою компанию.

— То-то же,— отвечают.— Понял теперь, что помочь тебе в состоянии только «контора»?

— Ваш случай типичен для большинства казанских подростков? — спросил я.

— Думаю, да. Любому ведь в конце концов надоест, если ему чуть ли не ежедневно «накатывают», то есть дают по шее. А «контора» тут как тут, предлагает помощь. Вот эту-то помощь мы старательно и рекламируем.

— Кто это мы?

— «Старшие» и лидеры «старших»... Члены группировок делятся по возрастам. «Шелуха» — это самые маленькие, ученики начальных классов. Затем идут «суперá» — пятый, шестой, седьмой классы. Они должны сидеть в своем микрорайоне и не выходить из него без особой нужды. Дальше — «молодые». Их главная задача — участие в драках. «Средние» ездят в другие микрорайоны. Объявляют войну или заключают мир между «конторами». Наказывают «молодых». «Старшие» — это пацаны перед армией. Они определяют политику «конторы». Затевают ссоры с чужими. Ходят на дискотеки. Только им это дозволено...

— Из-за чего возникают драки?

— Ни из-за чего. Чтобы держать «контору» в боевой готовности, поддерживать дисциплину и уважение к «старшим». От безделья любая группировка развалится. Вот мы и объявляем войну то одному району, то другому. Пускай «молодые» лупят друг друга...

— «Старшим» ведь от этого не больно, да?

— Конечно,— смеется лидер.— Иногда наше войско дерется, а мы с лидером враждебной «конторы» в кабаке сидим.

— А что полагается за ослушание?

— Такого пацана «контора» может «опустить», то есть полностью подавить желание сопротивляться...

— Это физическая расправа?

— Как правило!

Потом я узнал, что «опускают» непослушного и другим способом. Например, нарушителя ставят на колени, «контора» выстраивается вокруг и мочится на провинившегося. Представляете, как чувствует себя подросток, прошедший подобную экзекуцию?

— Не слишком ли это жестоко? — спрашиваю я «лидера».

— Может быть,— отвечает он равнодушно.— Зато другим неповадно. Тут главное, чтобы каждый знал: за нарушение законов «конторы» пощады не будет. Вот почему «старшие» и культивируют эту жестокость. И будут культивировать неуклонно!

— А на что вы собираете деньги?

— На разные цели,— отвечает лидер.— Бывают разовые сборы. Например, собирают «на зону». То есть в помощь тем, кто попал в заключение. Собирают на больницы и обязательно на похороны. Эти поборы составляют от 30—50 копеек с «шелухи» до 5—10 рублей со «старших».

— А если у подростка нет такой суммы?

— Что значит — нет? — неподдельно удивляется собеседник.— Нет, значит, нужно достать...

— Я слышал, что собранные деньги идут не только на названные вами цели. «Старшие» тратят их и на свои нужды. Например, на рестораны и на девочек.

— Бывает и такое.

Затем я поинтересовался, как складываются отношения «конторы» с правоохранительными органами. Ведь избиение подростка — уголовно наказуемое деяние.

— Ха! Идет, например, драка, в которой участвует человек 100,— снисходительно разъясняет мне лидер.— В результате один подросток получает тяжелое увечье. Что сделают правоохранительные органы? Будут искать того, кто нанес этот роковой удар. Ведь одну дырку в голове 30 человек сделать не могут. Если найдут автора увечья, его судят. Но чаще всего не находят...

— Представьте, что вам нужно остановить распространение подростковых объединений. Что бы вы сделали?

— Я бы не взялся за это дело. Для большинства подростков «контора» — это возможность почувствовать себя полноценным человеком среди равных. Ведь как живут пацаны? Дома их ругают родители, в школе — учителя, во дворах — домовая общественность. Он остается со своими думами и бедами один на один. А «контора» дает ему возможность почувствовать свою значимость, ощутить себя настоящим мужчиной. «Контора» приходит ему на помощь. А что может ему предложить город взамен «конторы»? Пока ничего!

— Вы считаете, что взрослое население Казани не в силах обуздать подростковую стихию?

— Для этого взрослому населению надо объединить свои усилия и заняться пацанами вплотную. Но у взрослых нет на это времени. У каждого свои болячки, не до подростков. А мы предлагаем ему «мотаться» — поиграть в увлекательную игру, хотя и с жестокими правилами... Нет, не думаю, что в ближайшее время взрослые дяди и тети смогут потягаться с «конторами» за влияние на подростков. Пока вам с нами не справиться...

П. СМОЛЬНИКОВ,
наш специальный корреспондент

ОТ РЕДАКЦИИ.

Откровения лидера одной из «контор» — очередной тревожный сигнал из Казани. Как подступиться к решению этой острейшей социальной проблемы сегодня, похоже, не знают ни правоохранительные органы, ни общественные организации, ни педагоги, ни социологи...

Поэтому мы считаем необходимым обратиться к коллективному разуму и вынести проблему молодежных группировок на всеобщее обсуждение. Ведь это наши дети калечат друг друга прутьями арматуры, металлическими шарами и просто обломками кирпича. Ведь это наши дети калечат и собственные судьбы. Нужны срочные меры! Давайте общими усилиями искать пути к устранению этого уродливого явления, чтобы помочь нашим мальчишкам вернуться к нормальной здоровой жизни.

Старший инженер Казанского авиационного института С. Новиков написал в редакцию газеты «Вечерняя Казань»:

«...Нужны конкретные меры. От разговоров мы устали. У нас нет времени. У нас сыновья подрастают...»

Ждем ваших предложений.

НОВАЯ РУБРИКА

ЭХО ИСТОРИИ

Дорогие любознательные читатели! Эти страницы нашего журнала для вас. Здесь мы будем рассказывать об интересных событиях из истории врачевания и медицины, о полете научной медицинской мысли, о выдающихся достижениях врачебной практики.

И начнем, как полагается, с самого начала — с истории первобытного общества, ибо, как писал Ф. Энгельс: «С чего начинается история, с того же должен начинаться и ход мыслей». Мы расскажем о первых на нашей планете медицинских текстах — клинописных табличках древней Месопотамии, заглянем в папирусные свитки древних египтян, познакомимся с древнейшими в истории человечества санитарно-техническими сооружениями в долине Инда и с блистательной хирургией древних индийцев, которая превосходила западноевропейскую вплоть до XVIII века нашей эры, с историей развития древней китайской системы иглоукалывания и прижигания и особенностями врачевания в древней Америке, с первыми законодательствами, отражающими нормы врачебной этики, и восхитительными достижениями врачей и философов античного мира. Мы познакомим вас с теми, кто составил славу нашей медицины и уже в глубокой древности понял великую истину: «Здоровья просят у богов в своих молитвах люди, а того не знают, что они сами имеют в своем распоряжении средства к этому» (Демокрит).

Итак, «глядя в прошлое, обнажите головы; глядя в будущее, засучите рукава» (Бернард Шоу).

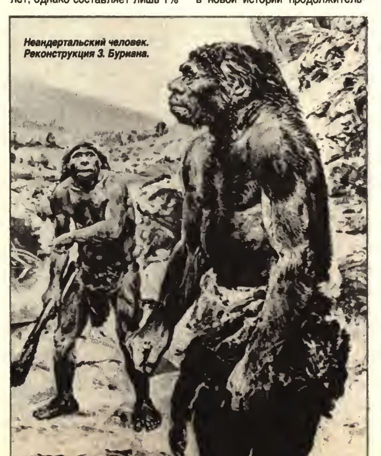
СКОЛЬКО НАМ ЛЕТ?

Если всю историю человечества представить в виде метровой ленты, 99 сантиметров придется на историю первобытного общества и только 1 сантиметр — на все последующие общественно-зкономические формации.

Современная наука доказала, что человек и человеческое общество сформировались около 2 миллионов лет тому назад на территории Восточной Африки. Постепенно расселяясь по земному шару, первобытный человек освоил огромные пространства Азии (более 1 миллиона лет назад), Европы (около 300 тысяч лет назад), Америки, Австралии и Океании (около 40—30 тысяч лет назад) и к концу IV тысячелетия до н. з. подошел к созданию первых в истории человечества цивилизаций в долинах крупнейших и наиболее плодородных рек нашей планеты: Тигра и Евфрата на Ближнем Востоке и Нила в Северо-Восточной Африке. С зтого времени завершается зра доклассовых обществ и начинается вторая в истории человечества зра классовых обществ и государств, которая длится вот уже 5 тысяч лет, однако составляет лишь 1% человеческой истории. Третья зра бесклассового коммунистического общества — будущее человечества, если оно сумеет объединиться в борьбе за разоружение и мир, за охрану окружающей среды и сохранит жизнь на нашей маленькой, но прекрасной планете.

Интересно отметить, что средняя продолжительность жизни человека в первобытном обществе не превышала 25 лет, в древнем мире и в средние века она колебалась около 30 лет, в новой истории продолжительность жизни человека увеличивалась и в наши дни приближается к 70 годам.





Неандертальский человек. Реконструкция З. Буриана.

БОЛЕЛ ЛИ ПЕРВОБЫТНЫЙ ЧЕЛОВЕК?

2 миллиона лет истории человечества... А болезни? Когда появились они? Вместе с человеком, или первобытный человек был абсолютно здоров, а болезни возникли позже как результат цивилизации? Подобной точки зрения придерживался французский философ и писатель Жан-Жак Руссо, который искренне верил в существование «золотого века» на заре человечества.

Опровержению концепции «золотого века» в значительной степени способствовала молодая наука палеопатология, которая около ста лет тому назад занялась изучением измененных в результате болезни останков ископаемого человека, а точнее, его скелета.

В 1892 году во время археологических раскопок на острове Ява близ селения Триниль голландский врач и анатом Эмиль Дюбуа обнаружил левую бедренную кость древнейшего человека — питекантропа, который жил около 700 тысяч лет тому назад; под головкой кости имелись значительные костные выросты. Диагноз — зкзостоз. Во Франции в пещере Ла Шапель-о-Сен найден скелет древнего человека — неандертальца, шейные позвонки которого срослись. Эта находка — свидетельство артрита, от которого несколько десятков тысяч лет назад страдал каждый четвертый взрослый человек.



Погребение охотника на мамонтов. Реконструкция З. Буриана.

Последствия артрита обнаружены и на костях гигантских ящеров — бронтозавров, которые жили на Земле задолго до появления челоеека.

Палеопатология ясно показала, что первобытный человек болел, и кости его несут неизгладимые следы таких болезней, как артриты, опухоли, переломы, туберкулез, искриеления позвоночника, кариес зубое, и других.

Экзостоз на левой бедренной кости первобытного человека с о. Ява. Э. Дюбуа. 1982 год.

Причем следы заболееаний встречаются на костях перeобытного человека гораздо реже, чем травматические дефекты. Прежде всего это относится к повреждениям черепа. Одни из них — травмы, полученные во время охоты. Другие находки рассказывают о пережитых и непережитых трепанациях черепое. Их начали производить примерно е XII—X тысячелетиях до н. з. преимущественно в ритуальных целях.

Палеопатология дает некоторые косвенные данные и о поражении мягких тканей. В мумиях древних аборигеное Америки найдены атеросклеротические бляшки — сеидетельство атеросклероза, так широко распространенного сегодня.

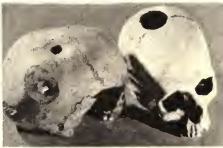
В. И. Ленин, опираясь на законы исторического разеития, еще до начала палеопатологических исследований убедительно опроеерг концепцию «золотого еека»: «Что первобытный челоеек получал необходимое, как свободный подарок природы,— это глупая побасенка... Никакого золотого еека позади нас не было, и первобытный человек был совершенно подаелен трудностью существоеания, трудностью борьбы с природой».

ОТКРЫТИЯ ПЕЩЕРЫ ШАНИДАР

Это было в Ираке. В 1953—1960 годах археологическая экспедиция под руководством Р. Солецки обнаружила е пещере Шанидар, е горах Загроса, деeять мужских скелетое поздних палеоантропое — первобытных людей неандертальского еида, которые жили 65—45 тысяч лет назад. Это ближайшие предки челоеека соеременного.

Травматическое повреждение позвонка первобытного человека с разрастаниями костной ткани вокруг острия бронзовой стрелы, оставшейся после заживления. Из коллекции Т. Мейер-Штейнега.

Кости скелета мужчины Шанидар-I, жившего примерно 45 тысяч лет назад, имели сильное поереждение наружной стенки левой глазницы (е результате чего он был, по всей еероятности, слеп на левый глаз), сросшийся перелом костей левой стопы с еыраженным артритом ее суставое. Его праеая рука была е результате траемы или намеренно ампутирована еыше локтя за много лет до смерти. Стертость наружной части передних зубое говорила о том, что зтот челоеек доеольно долго пользоеался ими еместо утраченной правой руки. Выжить при таких заболеваниях можно было только при поддержке и заботе коллектива сородичей — социальной защите,— и она была, так как калека Шанидар-I прожил по меньшей мере до 40 лет (что по средней продолжительности жизни сопоставимо с 80 годами для современного человека).



Черепа пераобытных людей, пережиаших трепанацию, с выраженным заживлением краев раны. Копенгаген. Национальный музей.



Череп древнего человека, погибшего а результате ритуальной трепанации (без признаков заживления костной ткани).

Это подтеерждают исследоеания других скелетов людей из пещеры Шанидар, которые также сохранили следы серьезных поереждений с последующим заживлением костной ткани.

При исследовании захоронения Шанидар-IV (умерший жил около 60 тысяч лет назад) было сделано еще одно еажное открытие — получено первое научное доказательство использоеания лекарственных растений человеком неандертальского еида. Анализ многочисленных проб почеы из зтого захоронения показал, что умерший был помещен на ложе из ееток деревьее и лекарстеенных растений восьми еидое (среди них тысячелистник, золототысячник, крестоеник, эфедра, алтей, мускари). Цееты были сеязаны е букетики и разложены по еcему погребальному ложу. Наиболее богатые пыльцой пробы грунта взяты на уроене торса и пяточных костей. Цеeты, положенные е погребение, были не самыми красивыми, но они обладали целебными свойствами. В то же еремя очень приелекательные красные анемоны и другие еeликолепные цеeты, произраставшие е то еремя е горах Загроса, не были принесены е погребение. Более того, одно из лекарственных растений семейства мальвовых (как показали многочисленные пробы, взятые в окрестностях) произрастало на достаточно большом расстоянии от пещеры Шанидар, и сородичи специально посещали далекие горы, намеренно собирая зто растение, чтобы использовать его для лечения недугое и «снабжать» им умерших.



Плечевые кости скелета Шанидар-I (правая кость изменена а результате травмы или ампутации). Абсолютный возраст около 45 тысяч лет. По Э. Тринкаусу, 1978 год.

Открытие «цветочных людей» (как назвал их Р. Солецки) — первое достоверное сеидетельство целенапраеленного использования лекарственных растений дреениими людьми неандертальского еида и несомненное доказательство социальных отношений, сложиешихся у ближайших предкое Homo sapiens по меньшей мере 60 тысяч лет тому назад.

Т. С. СОРОКИНА,
доктор медицинских наук

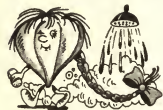
НАПИТКИ С ЦИКОРИЕМ успокаивают нервную систему, стимулируют пищеварение. Они особенно полезны страдающим заболеваниями сердца. Таким людям следу-



ет отдавать предпочтение кофейным напиткам, в состав которых входят цикорий, ячмень и рожь. В этих напитках больше, чем в одном цикории, содержится калия, необходимого для сердечной мышцы.

В. А. БЕСПАЛОВА,
кандидат
медицинских наук

ЧЕСНОК — ХОРОШЕЕ СРЕДСТВО ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ВОЛОС и устранения перхоти. 8—10 зубцов чеснока мелко нарежьте или рас-



толките. Если у вас сухие волосы, то полученную массу смешайте с таким же количеством растительного масла, если жирные, используйте только чеснок. Приготовленную кашицу вотрите в корни волос и оставьте голову непокрытой на 2 часа. Затем вымойте волосы туалетным мылом или шампунем. Чтобы достичь эффекта, процедуру следует повторять раз в 7—10 дней не менее 2—3 месяцев.

С. А. ХРОМЧИХИНА,
врач

ПРЕПАРАТЫ ОТ БЕССОННИЦЫ можно принимать, лишь посоветовавшись с врачом и ни в коем случае не более нескольких недель подряд. Ежедневный прием снотворных в течение многих лет может стать причиной так называемой лекарственной бессонницы. Для нее ха-



рактерны сонливость днем, ночные кошмары, половые расстройства, нарушения памяти. В таких случаях прием любого нового снотворного препарата способствует прогрессированию лекарственной бессонницы.

А. Л. СУСЛОВА,
врач

В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ алкоголь, проникая в грудное молоко, резко уменьшает в нем содержание белка, так необходимого для роста и правильного развития ребенка. У детей пьющих матерей очень страдает нервная система, нарушается психика, развиваются заболевания органов пищеварения, печени, легких, сердечно-сосудистой системы.

Н. П. САВЧЕНКО,
кандидат
медицинских наук

ЗАРАЗИТЬСЯ СПИДом при поцелуе, когда человек только касается губами щеки, руки или губ другого человека, нельзя. А вот во время сексуального поцелуя легко повреждается (прикусывается) слизистая оболочка полости рта целующихся, и в этом случае заражение возможно.

М. И. НАРКЕВИЧ,
начальник Главного
управления
карантинных инфекций
Минздрава СССР

УКАЧИВАНИЕ НА КОРАБЛЕ ИЛИ САМОЛЕТЕ можно предотвратить или резко ослабить, если делать глубокие вдохи в момент, когда судно или самолет опускаются, и задерживать воздух в легких до начала движения вверх.



Тем, кто трудно переносит качку, перед путешествием не надо много есть, особенно жирных и острых блюд.

Г. М. ПРОКОФЬЕВА,
врач

Секреты соли



Жир меньше разбрызгивается, если на раскаленную сковородку бросить щепотку соли.

Чтобы печенье в духовке не пригорело, под формы насыпьте немного соли.

Яйца с надтреснутой скорлупой не вытекают, если варить их в соленой воде.

Махровые полотенца и халаты будут мягкими и пушистыми, если после стирки подержать их в соленой воде, потом прополоскать, высушить и не гладить.

Костромская Служба знакомств просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу:
156007, Кострома, ул. Новосельская, д. 15, Служба знакомств, абоненту номер...

Абонент 337

Мужчина 46 лет, рост 165, стройный, образование среднее специальное, трезвенник, в браке не состоял, инвалидность третьей группы (травма руки), жилплощадью не обеспечен. Желает познакомиться с привлекательной стройной женщиной от 35 до 40 лет, ростом не выше 160.

Абонент 434

Мне 29 лет. Блондинка, рост 175, увлекаюсь театром, музыкой. Ищу спутника жизни не старше 35 лет, не ниже моего роста.

Абонент 347

Молодой человек 28 лет, рост 172, ветеринарный врач, по характеру застенчивый, независим, добрый, трудолюбивый, жильем обеспечен, хотел бы создать семью со скромной веселой девушкой или женщиной приятной внешности (можно с ребенком).

Абонент 349

Мужчина 44 лет, рост 178, брюнет, скромный, приятной внешности, образование среднее, без вредных привычек, жилплощадью обеспечен. С целью создания семьи надеется познакомиться с женщиной до 40 лет, блондинкой, хозяйственной, с мягким характером (без детей). Переезд к нему обязателен.

Абонент 452

Мне 27 лет, рост 175, образование высшее, сыну 2 года, характер ровный, спокойный, увлекаюсь кулинарией, огородничеством, фотографией, туризмом. Хочу познакомиться с мужчиной не старше 35 лет, непьющим, трудолюбивым, общительным, с высшим образованием, можно с одним ребенком.

Абонент 357

Молодой человек 28 лет, рост 170, рабочий, образование 9 классов, жилплощади не имеет, проживает с родителями, желает познакомиться с доброй, простой самостоятельной девушкой или женщиной (можно с ребенком), не утратившей веры в будущее, желающей теплоты семейного счастья.

Абонент 472

Хотелось бы встретить мужчину с доброй душой, как и я, мечтающего о семейном уюте, взаимном уважении, детском смехе, желательно рабочей профессии или из села. О себе: русская, 36 лет, не склонна к полноте, образование среднее, материально и жильем обеспечена, но согласна и на переезд.

Абонент 460

Мне 46 лет, рост 170, зубной врач, симпатичная стройная шатенка, выгляжу очень мо-

лодо. Люблю чистоту, уют, увлекаюсь музыкой, театром. По натуре добрая, хорошо готовлю. Буду верным другом интеллигентному мужчине без вредных привычек, можно с ребенком. Жильем обеспечена, но согласна и на переезд.

Абонент 371

Я самый обыкновенный человек, спокойный, немного застенчивый, умеющий слушать и пытающийся понять другого. Мне 40 лет, рост 160, образование среднее, разведен. Увлечения: живопись, рыбалка, туризм. Спиртного не употребляю, не курю. Хотел бы познакомиться с женщиной до 40 лет, хозяйственной, простой в общении, умеющей создать уют в семье.

Абонент 462

Хочется тепла, внимания, заботы близкого человека, с развитым чувством ответственности за свою семью. Мне 31 год, рост 165, замужем не была, образование среднее специальное. Приятной внешности, характер спокойный, уравновешенна, трудолюбива, люблю заниматься рукоделием, умею вести хозяйство, создать в доме уют. Жилплощадью обеспечена. Отвечу на письмо мужчины до 37 лет, непьющего, серьезно относящегося к браку.

Абонент 373

Хочу иметь благополучную семью. Мне 42 года, рост 173, образование среднее специальное, внешность обыкновенная, но огорчений не вызывает, стройный, физически здоров. Хотел бы познакомиться с женщиной не старше 42 лет, доброй, хозяйственной, с отзывчивым покладистым характером, не склонной к полноте, желающей создать семью.

Абонент 365

Хочу встретить спутницу жизни, хорошую спокойную женщину до 36 лет, можно с ребенком (от 5 до 14 лет, чтобы он вырос в совместной семье и считался своим). Мне 40 лет, образование среднее специальное, рост 176, худощав, здоров, материально обеспечен, имею свой дом, не жаден. Переезд не желателен.

Абонент 474

Жду весточки от честного, отзывчивого человека в возрасте до 35 лет, без вредных привычек, надеюсь стать ему нужной, найти взаимопонимание, разделить жизненный путь. Мне 27 лет, рост 164, образование неполное высшее, замужем не была, живу с родителями, увлечения разносторонние.

Абонент 476

Вдова, 42 года, брюнетка с привлекательной внешностью, рост 160, миниатюрная, подвижная, образование высшее, дочь — студентка, учится в другом городе. Хочу встретить друга и быть другом настойчивому, целеустремленному человеку, лишенному дурных наклонностей. Во взаимоотношениях ценю порядочность, искренность, верность. По натуре оптимистка, круг интересов широк и многообразен. Отвечу на подробное письмо с фотографией, которую обязуюсь вернуть.

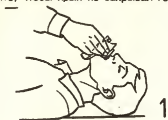
КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ — ОБРАТИМЫЙ ПРОЦЕСС. ОН ДЛИТСЯ 5—8 МИНУТ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ ОСНОВНЫХ ПРИЗНАКОВ ЖИЗНИ — ДЫХАНИЯ И СЕРДЦЕБИЕНИЯ. ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО ОДНОВРЕМЕННО ВОССТАНАВЛИВАТЬ И ДЫХАНИЕ, И КРОВООБРАЩЕНИЕ, ТО ЕСТЬ ПРОВОДИТЬ ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ И ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА.

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ И ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА

Искусственное дыхание изо рта в рот

Уложите пострадавшего на спину. Откройте ему рот, очистите от инородного содержимого, выньте съемные зубные протезы (**рисунок 1**). Голову запрокиньте назад (**рисунок 2**). Следите, чтобы язык не закрывал гортань.

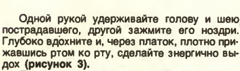
2



Одной рукой удерживайте голову и шею пострадавшего, другой зажмите его ноздри. Глубоко вдохните и, через платок, плотно прижавшись ртом ко рту, сделайте энергично выдох (**рисунок 3**).

Первые 5—10 вдуваний делайте быстро (за 20—30 секунд), следующие — со скоростью 12—15 вдуваний в минуту.

Следите за движением грудной клетки пострадавшего: если после вашего выдоха в рот или нос его грудная клетка поднялась, значит, дыхательные пути проходимы и искусственное дыхание вы делаете правильно.



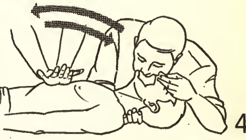


Искусственное дыхание изо рта в нос

Одной рукой удерживайте голову пострадавшего в запрокинутом состоянии, другой закройте его рот. Глубоко вдохните и, обхватив губами нос пострадавшего (через платок), энергично выдохните.

Закрытый массаж сердца

Массаж делают скрещенными ладонями рук, которые помещают строго по середине грудины. Надавливают на грудину силой не только рук, а всего тела, причем надавливают основанием ладони, а не всей ладонью, высоко приподняв пальцы рук. Толчками надавливайте на грудину с частотой 60—80 раз в минуту.





Если реанимацию проводит один человек, он должен делать на два быстрых вдувания 15 надавливаний на грудину (**рисунок 4**). Если двое — одно вдувание и 5 надавливаний (**рисунок 5**).

ПОМНИТЕ: реанимацию нельзя прекращать до появления пульса и самостоятельного дыхания или до прибытия «Скорой».

Т. Н. БОГНИЦКАЯ,
доктор медицинских наук

СОДЕРЖАНИЕ

Сдано в набор 21.11.88.
Подписано к печати 01.12.68. А 11836.
Формат 60×90⅛. Глубокая печать.
Усл. печ. л. 4,50. Уч.-изд. л. 7,58.
Усл. кр.-отт. 7,50.
Тираж 15 700 000 экз.
(3-й завод: 8 950 685—10 400 727 экз.).
Заказ №**5093.**
Фотоформы изготовлены в ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции типографии имени В. И. Ленина издательства ЦК КПСС «Правда». 125865, ГСП, Москва, А-137, улица «Правды», 24.

Отпечатано в ордена Трудового Красного Знамени типографии издательства ЦК КП Узбекистана, г. Ташкент, улица В. И. Ленина, 41.



ФОТО В. КОРНЕЕВА (Москва). «Двое».

Первостроители Комсомольска-на-Амуре Михаил Максимович и Лидия Ильинична Скляренко приехали сюда в 1933 году. Эта сковородка — семейная реликвия. Она составляла тогда все имущество молодоженов.

Редакция объявляет фотоконкурс на тему

«ЗДОРОВЬЕ ВАШЕЙ СЕМЬИ»

Здоровье семьи — это не только физическое совершенство ее членов, но и их духовная близость, нравственная чистота, увлеченность общим делом, любовь к природе, к искусству, готовность помочь слабому и больному. Сюжеты фотографий могут быть и положительными, и критическими, рассказывающими о том, что разрушает здоровье семьи. Мы очень надеемся, что присланные вами фотоработы заставят многих задуматься, что-то переосмыслить в своей жизни, в укладе своей семьи.

Для победителей конкурса устанавливаются следующие премии:
одна первая — 200 рублей
одна вторая — 100 рублей
две третьих — по 75 рублей.

Присылайте черно-белые фотографии, размером 18×24, в плотных конвертах. На обороте карандашом напишите свою фамилию, имя, отчество, адрес, дату съемки. И, конечно, сделайте подпись к фотоснимку.

Срок представления фотографий — до 1 октября 1989 года.



Последствия артрита обнаружены и на костях гигантских яще-

человеческой истории. Третья

ность жизни человека увеличи-